

213

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 13 mai 1893, à 1 heure.

Par Is. DUCHATEAU

Né à Carvin (Pas-de-Calais), le 21 septembre 1865

Membre adjoint de la Société anatomo-clinique de Lille

Ex-interne de la Maternité Sainte-Anne et de l'hôpital Saint-Antoine

Lauréat de la Société anatomo-clinique (Prix Féron-Vrau).

ESSAI DE PATHOGÉNIE

DE LA

CHORÉE DE SYDENHAM

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. BALLET.

DELBET.

MARFAN.

} *agregés.*

PARIS

L. BATAILLE ET C^{ie}, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 13 mai 1893, à 1 heure.

Par Is. DUCHATEAU

Né à Carvin (Pas-de-Calais), le 21 septembre 1865
Membre adjoint de la Société anatomo-clinique de Lille
Ex-interne de la Maternité Sainte-Anne et de l'hôpital Saint-Antoine
Lauréat de la Société anatomo-clinique (Prix Féron-Vrau).

ESSAI DE PATHOGÉNIE

DE LA

CHORÉE DE SYDENHAM

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. BALLET.

DELBET.

MARFAN.

} *agregés.*

PARIS

L. BATAILLE ET C^{ie}, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE..
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTERRER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	vaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A M. LE D^r FÉRON-VRAU

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE
ANCIEN PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

HOMMAGE RESPECTUEUX

A M. AUGIER

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE DE LILLE

TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE

A TOUS MES PROFESSEURS A LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE .

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. DEBOVE

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE A LA FACULTÉ DE PARIS

ESSAI DE PATHOGÉNIE
DE LA
CHORÉE DE SYDENHAM

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion pendant notre internat à l'hôpital St.-Antoine de Lille, de voir de nombreux cas de chorée de Sydenham, une véritable épidémie qui se produisit pendant une période comprise entre le 15 novembre et le 15 décembre 1892. Ce fait attira notre attention, particulièrement du côté de l'étiologie et le 1^{er} janvier nous avons l'honneur de présenter à la Société anatomo-clinique pour le prix de Féron-Vrau, un mémoire qui sert d'ébauche à ce travail.

Nous nous sommes attachés à montrer que les théories exclusives ne pouvaient convenir dans tous les cas et nous avons essayé de rapporter les différents cas de chorée de Sydenham à 3 catégories.

Les unes tenant à l'hystérie.

Les autres à l'infection.

Nous proposons de rattacher à l'auto-intoxication une troisième catégorie ne pouvant, au moins à l'heure actuelle, figurer dans les chorées hystériques, ni dans les chorées infectieuses.

Nous prions M. le professeur Augier qui nous a inspiré ce travail d'agréer l'expression de notre reconnaissance toute filiale pour les excellents avis qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant le temps que nous avons passé dans son service.

A tous nos chers professeurs à la faculté libre de Lille, nous présentons nos remerciements les plus respectueux.

A M. le professeur Debove, qui nous a admis dans son service avec la plus grande bienveillance et a bien voulu présider notre thèse, l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous avons divisé ainsi notre sujet :

- 1^o Historique et état actuel de la question.
- 2^o Anatomie pathologique.
- 3^o Chorée et hystérie.
- 4^o Chorée et infection.
- 5^o Chorée et croissance.
- 6^o Chorée et auto-intoxication.
- 7^o Conclusions.
- 8^o Observations.

I. — Historique

Sydenham au XVII^e siècle est le premier qui ait donné une description de la chorée vulgaire, en tant que maladie distincte ; elle porte justement son nom. Avant lui la chorée était confondue avec les manifestations hystériques les plus diverses, notamment celles qui firent tant de bruit au moyen âge et même encore aux XVII^e et XVIII^e siècles : Flagellants, convulsionnaires etc..... Il attribuait la chorée à l'irruption sur les nerfs d'une humeur peccante.

Bouteille en 1810 écrivit un traité magistral, le fruit de son observation d'octogénaire, il fit adopter le nom de chorée, mais il fit bien peu de pathogénie.

Nous arrivons aux modernes. Ce fut d'abord Koth, Bortel, G. Sée qui, à la suite des travaux de Bouillaud sur le rhumatisme firent de la chorée une manifestation rhumatismale : un rhumatisme nerveux. G. Sée cependant fit une réserve en faveur de la névrose dans certains cas. Roger soutint ensuite la théorie rhumatismale exclusive, puis MM. J. Simon et Cadet de Gassicourt. Mais Rilliet et Barthez, Barrier, Grisolle, Bouchut, Steiner étaient dans l'opposition.

A côté de la théorie rhumatismale se dressait bientôt la théorie de *l'anémie* réaction contre l'exclusivisme de la théorie rhumatismale. Cette théorie fut soutenue particulièrement par Bouchut.

Après la théorie de l'anémie, il faut signaler la théorie réflexe due à M. Triboulet, soutenue récemment en-

core par M. Baumel. Vint ensuite la théorie *névrose* de M. Charcot, le rhumatisme jouant le rôle d'agent provocateur.

M. Joffroy (*Prog. méd.*, 85) transformait cette théorie. La chorée est pour lui une névrose cérébro-spinale d'évolution qui est au système nerveux ce que la chlorose est au système circulatoire. Les arthropathies sont d'origine spinale et les manifestations cardiaques sont de même nature.

M. Comby (*Prog. méd.*, 88) considérait la chorée comme une névrose de croissance ayant des relations étroites avec l'hystérie.

La théorie organique naissait presque en même temps soutenue par Senhouse-Kirkes Tuckwell, Meynert, Elischer, qui attribuaient la chorée à une lésion cérébrale localisée. Mais la théorie de l'anémie n'envisageait qu'un côté de la question, comme nous le verrons plus loin (chapitre chorée et croissance); l'anémie existe d'ailleurs dans beaucoup de maladies et ne produit pas la chorée, et encore l'anémie est quelquefois plus prononcée après l'attaque de chorée qu'avant le début de la maladie.

Le théorie réflexe est dans le même cas que la théorie de l'anémie, le réflexe ne suffit pas, il faut une prédisposition, le réflexe n'est que la cause occasionnelle.

Nous allons voir, à propos de l'anatomie pathologique que la théorie organique est bien peu vraisemblable.

Le débat est donc circonscrit entre la *théorie rhumatismale* et les théories de la névrose, soit qu'on fasse de la chorée une *névrose spéciale*, soit qu'on la rattache à l'hystérie.

II. — Anatomie pathologique.

On trouve dans la chorée de Sydenham des lésions nerveuses diverses ; d'après certains auteurs, la chorée commencerait par une congestion aiguë qui tantôt se dissipe, tantôt reste stationnaire et chronique, tantôt parcourt les différentes phases de l'inflammation. Cette congestion porte sur la moelle et l'encéphale ainsi que leurs enveloppes, peut exister seule, mais le plus souvent s'accompagne d'épanchement séreux dans les ventricules et les enveloppes médullaires et cérébrales. Si l'inflammation prend le caractère chronique, on voit se déposer des produits organisés sous forme de taches, d'opacités, d'épaississements, d'adhérences, d'indurations fibreuses, fibro-cartilagineuses ou ossiformes. Enfin on trouve des altérations produites par des tubercules, des concrétions calcaires siégeant dans l'encéphale ou le cervelet.

Elischer en 1874, puis Fleschsig et Jakovenko, et récemment Wollenberg ont signalé l'existence dans la chorée d'éléments spéciaux, les *corpuscules choréïques* le long des capillaires des segments internes du noyau lenticulaire. Turner (*Lancet*, 1890) a trouvé dans les circonvolutions du voisinage de la scissure de Rolando une destruction des cellules nerveuses qui sont gonflées et déformées.

Les auteurs anglais ont fait jouer un grand rôle aux embolies cérébrales, suite des endocardites coexistant

avec la chorée, mais tout cela est en faveur de la théorie infectieuse et rien de plus.

A côté de ces cas, il y en a beaucoup d'autres dans lesquels on ne trouve aucune lésion appréciable des centres nerveux, c'est l'immense majorité des cas.

Delafond, à l'école d'Alfort, ouvrit un grand nombre d'animaux et surtout des chiens atteints de chorée confirmée sacrifiés à différentes périodes de la maladie ; aucune modification sensible des centres nerveux, de leurs enveloppes, des nerfs, et même de leurs divisions et de tous les autres organes qui ont été examinés avec la plus scrupuleuse attention.

En résumé, on ne trouve absolument rien de concluant ; cependant l'ensemble des symptômes de la chorée est bien caractéristique et toujours identique à lui-même. Les symptômes ne sont imputables qu'au système nerveux : parésie à des degrés divers avec phénomènes psychiques et production de mouvements incoordonnés généralisés.

C'est ce qui a amené Strumpell à cette conclusion :

« Force nous est de considérer la chorée comme une névrose, c'est-à-dire comme une maladie dont les désordres fonctionnels n'ont encore aucun substratum organique connu. La symptomatologie de cette affection dénote à l'évidence qu'elle consiste principalement en une altération d'un département moteur du système nerveux. Mais quant à savoir quel est ce département moteur spécial, on ne peut faire à ce sujet que des conjectures. Il paraît pourtant très vraisemblable que le siège propre de la chorée doit se trouver dans le cerveau ».

III. — Chorée et Hystérie.

On a remarqué depuis longtemps la parenté qui unit ces deux affections. On a dit que la chorée était une modalité de l'hystérie, une hystérie infantile en quelque sorte. Voyons jusqu'à quel point cette opinion peut être fondée : Nous avons pu réunir 34 observations de chorée arythmique, chez des hystériques avérés ou chez des sujets présentant en même temps que la chorée ou consécutivement des manifestations nettes de la grande névrose. Nous en avons choisi 4 des plus intéressantes, nous les mettons directement sous les yeux du lecteur, les autres seront reportées à la fin du travail afin d'en faciliter la lecture.

OBSERVATION I (In Th. Dettling. Lyon, 1892).

Adèle J... 14 ans 1/2 entrée le 4 mars, sortie le 17 avril 1891.

La malade présente tous les attributs de la grande hystérie convulsive, dont le début remonte au mois d'août 1890 : *hémi-anesthésie* complète du côté droit, rétrécissement du champ visuel, *achromatopsie*, troubles intellectuels, manifestations d'extase, et d'hypnotisme faciles à provoquer.

Avant son entrée, elle avait de l'*hyperesthésie* sensorielle de l'ouïe ; le moindre bruit, le son d'une cloche, provoquaient immédiatement une crise *convulsive*. Ces manifestations ont fait place à une *hyperesthésie* du côté de la vision : la vue d'un objet brillant, des boutons d'uniformes des élèves militaires en particulier, détermine des crises généralisées. Disparition *brusque* des symptômes vers le 31 mars, ils sont immédiatement remplacés par une chorée rythmique à force hémiplegique ; le bras gauche, où les mouvements sont prédominants, semble battre de l'aile avec son coude et son rythme, de 120 à 130 par minutes, a été inscrit au cardiographe et présente une régularité parfaite ; des mouvements moins accentués existent dans le membre inférieur du même côté ; ils reproduisent le mouvement de pédale des rebouteurs.

La moindre pression sur les muscles atteints suffit à mettre les membres ainsi

touchés en état de *contracture*; on observe alors les phénomènes de *transfert*: des mouvements de même nature et de même amplitude apparaissent dans le membre correspondant, du côté opposé, jusqu'à ce qu'en soufflant sur les muscles contracturés, on leur rendit leur souplesse primitive qui comportait la réapparition immédiate des mouvements choréiques.

Au commencement de juin, les mouvements diminuent d'amplitude et changent de caractère; ils perdent leur rythme et se rapprochent graduellement des mouvements incoordonnés de la chorée de Sydenham.

15 juillet. — Le membre supérieur gauche présente des mouvements sans rythme d'aucune sorte, des sortes de secousses survenant à des intervalles irréguliers et ne simulant aucun mouvement volontaire. La malade exécute bien encore des mouvements volontaires d'une grande amplitude, mais elle ne peut saisir un objet de petite dimension. Ces secousses enregistrées au cardiographe, donnent, contrairement au graphique précédemment obtenu, une courbe discontinue sans aucune régularité.

Le membre inférieur gauche est repris, dans la masse musculaire du triceps, de secousses rythmées, se produisant 130 à 140 fois par minute et donnant lieu à des phénomènes de suppléance.

1^{er} août. Les mouvements de chorée vulgaire du membre supérieur tendent à disparaître; les secousses du triceps diminuent d'intensité.

18. — Plus de mouvements choréiques dans le bras gauche, encore quelques secousses brèves dans le triceps. Les crises convulsives ne surviennent plus que tous les huit jours.

OBSERVATION II (Thèse Dettling).

J. jeune fille de 19 ans; premières crises convulsives à 13 ans, hystérie ovarienne à 15 ans, deux ans avant la première menstruation.

Actuellement *ovarie* droite fixe, exaltée au moment des crises; *hémianesthésie* complète de la moitié droite du corps, tête, cou, membres, tronc; *thermanesthésie* du même côté, *anosmie* dans la narine droite; perte absolue du goût sur la moitié droite de la langue, depuis la pointe jusqu'à la base, diminution de l'acuité auditive de l'oreille droite, amblyopie et dyschromatopsie de l'œil droit. *Contractures* du côté droit à la suite des crises hystéro-épileptiques.

Hémichorée rythmique du côté *droit*; mouvements alternatifs de flexion et d'extension de la tête sur le tronc et de celui-ci sur le bassin; mêmes mouvements dans la jambe et le bras droits.

12 novembre — A la suite d'inspirations d'éther, 5 attaques laissant après elles une contracture du côté droit, après quelques secousses suivies de la chorée rythmique.

15. — Mouvements choréiques irréguliers, ressemblant beaucoup à ceux de la chorée de Sydenham.

18. — Persistance des mouvements incoordonnés, qui sont plus accusés qu'il y a trois jours.

19. — La malade a eu 25 attaques, de huit heures du matin à une heure de l'après-midi : à partir de là les mouvements choréiques ont définitivement cessé.

OBSERVATION III (Séglas).

La malade eut à 15 ans, une première atteinte de chorée vulgaire généralisée ; depuis lors, nervosisme prouvé, soubresauts des tendons.

Elle vint me consulter, parce que depuis plusieurs jours les mouvements étaient réinstallés comme jadis ; ils avaient débuté par la face et les membres du côté gauche et se sont généralisés ensuite au côté droit. Mouvements désordonnés, gesticulation continuelle, grimaces incessantes ; le côté droit est moins atteint que le gauche.

Du côté gauche et à la jambe droite, la sensibilité à la piqure et au contact est diminuée, le sens musculaire un peu obtus, les fosses iliaques sont un peu sensibles à la pression. Réflexe pharyngé normal, rien du côté des yeux.

Pas de rhumatisme antérieur, rien à l'auscultation. Deux mois plus tard, après des alternatives de diminution et de recrudescence, les mouvements choréiques avaient disparu de la face, du bras droit, et étaient moins accentués et moins fréquents dans les jambes, surtout à droite, mais ils occupaient encore le bras gauche d'une façon plus constante. À ce moment, un fait me frappa, c'est qu'ils n'avaient plus le même caractère incoordonné que précédemment et que le bras gauche était agité de mouvements d'une grande amplitude et comme rythmés. À la consultation suivante, le bras était agité de secousses nettement rythmées reproduisant le type de la chorée malléatoire ; dans l'intervalle, la malade aurait eu de petites crises de nerfs, avec pleurs et rires involontaires.

Diminution très nette de la sensibilité à gauche, hyperesthésie ovarienne, rêves, paresse dans la mémoire, imotivité excessive, possibilité d'hypnotiser le malade.

OBSERVATION IV (Debove).

Jeune homme de 21 ans, entré le 25 août, sorti le 25 septembre 1890.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter, si ce n'est qu'un de ses oncles a été enfermé pendant quelques mois à Sainte-Anne.

Antécédents personnels. — Bonne santé jusqu'à 17 ans, où il eut dans le bras supérieur droit des mouvements bizarres et involontaires qui disparurent au bout de 8 jours après 5 douches.

En juin dernier, il s'aperçoit que ses forces diminuent et qu'il est épuisé par le moindre exercice musculaire.

Au commencement d'août, à la suite d'une querelle avec sa fiancée il résolut de se suicider et se pendit, la corde cassa et il tomba sans connaissance, on

Je fit revenir à lui et dès le lendemain il pouvait reprendre son travail. Mais les jours suivants, des mouvements se manifestèrent dans le bras et la jambe gauches.

Le 12 août, entrée à Lariboisière, le même jour, aggravation notable et extension des mouvements très intenses dans tout le corps. On fait le diagnostic de chorée.

État à l'entrée. — Signes habituels de la chorée de Sydenham au plus haut degré. Dans les flancs deux zones hystérogènes, correspondant aux régions ovariennes de la femme.

« Je voulus voir si la compression ovarienne amènerait chez notre malade un arrêt des mouvements convulsifs. Je la pratiquai, non pas mollement, mais avec la plus grande énergie, montant sur le lit et enfonçant mes deux poings dans le petit bassin, en appuyant de tout le poids de mon corps. La douleur ainsi provoquée est tellement violente que les assistants ont la plus grande peine à maintenir une immobilité relative : La tête se renverse en arrière, la face se congestionne, les mâchoires sont serrées, mais au bout d'une minute environ, le malade cesse de se contracter et accuse un grand soulagement. Je cesse la compression, la chorée avait presque disparu ».

Comme autre stigmate d'hystérie, on trouve l'anesthésie du pharynx qui n'avait pu être constatée au moment de la chorée, à cause des mouvements désordonnés des mâchoires.

15 septembre. — Le malade demande la permission de sortir dans la journée et ne rentre pas le soir, venant encore par sa façon de quitter le service confirmer le diagnostic porté.

Il subsistait à peine quelques mouvements choréiques ; les zones hystérogènes n'étaient plus sensibles, mais l'anesthésie du pharynx existait encore.

L'hystérie est assez évidente dans ces 4 observations, tous les stigmates y sont, rien n'est plus net. Il en est de même dans les 30 autres cas que nous publions à la fin de ce travail, très souvent l'hystérie a été antérieure à la chorée (10 fois), ou bien il y a eu des convulsions (5 fois) dans l'enfance ou d'autres manifestations telles que : contractures passagères, sensation de boule, anesthésie cutanée, impressionnabilité particulière, somnambulisme..... La plupart sont du sexe féminin, 4 seulement concernent les garçons. Il faut remarquer que ces choréiques ne sont plus des enfants comme cela se

voit dans la chorée vulgaire. Ce sont des garçons de 17 à 21 ans ou des filles de 12 à 16 ans en moyenne : nous verrons plus loin (chapitre chorée et croissance) que tel n'est pas l'âge moyen de la chorée. On trouve plusieurs fois comme causes déterminantes les émotions diverses (10 fois), les crises hystériques (4 fois), mais plusieurs chorées n'ont d'autre cause réelle que l'imitation. Ce fait a déjà été signalé maintes fois. Nous citerons l'épidémie décrite par Bricheteau, causée par l'entrée d'une choréique dans une salle d'hystériques atteintes autrefois de la chorée.

Le début a eu lieu d'une façon *brusque* et non pas d'une manière insidieuse comme cela se produit dans la chorée vulgaire. Les mouvements choréiques sont apparus à la suite d'une crise ou d'une contracture. Les réflexes généraux sont modifiés (5 cas). Le réflexe pharyngé disparu (6 cas), la sensibilité générale a été modifiée (16 cas), quelquefois exaltée, quelquefois diminuée, la sensibilité spéciale même a été atteinte (diminution du champ visuel, diminution des impressions auditives, gustatives, olfactives).

M. Marie, sur 20 malades, a noté 3 fois le rétrécissement du champ visuel et 1 fois de la diplopie monoculaire, le rétrécissement du champ visuel a été également constaté par Chomsen et Oppenheim (*Arch. f. psychiatrie*, 1884), mais ces auteurs croient que c'est un phénomène banal qu'on rencontre dans beaucoup d'affections nerveuses, et ne lui attribuent pas d'importance.

Il y a eu dans 28 cas de l'*Ovarie* et un rapport frappant entre le siège de l'ovarie et le côté affecté.

Ovarie double dans 7 cas de chorée généralisée

- » droite » 2 cas » généralisée avec prédominance à droite
- » gauche » 4 cas » généralisée avec prédominance à gauche
- » gauche » 4 cas » hémichorée gauche
- » gauche » 1 » chorée du bras droit

Il y a eu 2 cas où des points douloureux multiples occupaient le lieu ordinaire des zones hystérogènes et un cas de zones d'hyperesthésie dans les flancs (obs. IV).

M. P. Marie avait déjà signalé l'ovarie dans la chorée (*B. méd.*, 1886), sur 27 malades observés il a trouvé 10 fois l'ovarie droite, 10 fois l'ovarie gauche, 4 fois double.

Jreiff (Inaugur. Donert. Helle, 1884) avait déjà trouvé que les points douloureux sont fréquents (45 o/o) et siègent toujours du côté affecté par la chorée ou du côté où elle prédomine et qu'ils occupent souvent la place des zones hystérogènes dans l'hystérie.

Mais outre l'existence de l'ovarie et des points douloureux, coïncidant avec des zones hystérogènes on a pu remarquer ce fait que les mouvements étaient influencés par la compression au niveau des zones hystérogènes ou des points ovariens hyperesthésiés.

Il y a des crises d'hystérie dans 6 cas.

Dans 1/3 des cas la terminaison a eu lieu *brusquement*, dans d'autres il y a eu disparition graduelle, mais il y a une grande partie des observations où le mode de terminaison n'est pas noté.

Certes, il existe entre la chorée et l'hystérie une grande parenté de même qu'entre la chorée et le rhumatisme, de même encore qu'entre le rhumatisme et l'hystérie (Charcot). Il y a entre ces trois termes une affinité qu'on peut expliquer par la diathèse arthritique. On trouve la chorée chez les fils et les filles des rhumatisants comme on y trouve l'hystérie. L'arthritisme est héréditaire et dans toutes ses formes. Cette hérédité est homologue, c'est-à-dire que les diverses manifestations se transmettent directement sous les mêmes espèces, ou elle est hétérologue si ces manifestations se transmettent sous

des aspects différents, mais il n'y a au fond qu'une seule et même maladie : l'arthritisme, la nutrition retardante (Bouchard). Pourquoi cette transmission à peu près fatale ? c'est parce qu'elle est probablement au fond une maladie nerveuse. Il n'y a rien d'aussi héréditaire que le système nerveux.

M. Charcot ne cesse d'attirer l'attention sur l'étroite parenté qui existe entre l'arthritisme et les névropathies tant il rencontre souvent les affections arthritiques proprement dites dans les antécédents de ses malades. Il n'ose dire absolument qu'il y a identité entre ces deux termes, mais il s'exprime ainsi :

« On peut considérer l'arthritisme comme formant un arbre dont les principaux rameaux sont : la goutte, le rhumatisme articulaire, certaines formes de migraines, des affections cutanées, etc. De l'autre côté un arbre nerveux comprend la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie, toutes les catégories des vésanies à forme héréditaire ou autres, la paralysie générale progressive, l'ataxie locomotrice, etc.

Les deux arbres sont voisins, ils communiquent par les racines et ils ont des relations tellement intimes qu'on peut se demander quelquefois si ce n'est pas le même arbre.

Si vous avez cette clef, vous comprendrez la plupart des phénomènes qui se passent dans les maladies nerveuses et dont, sans cela, vous ne sauriez vous rendre compte... »

En effet, l'asthme par exemple appartient-il exclusivement à la souche rhumatismale ou à la souche névropathique ? On le voit alterner avec la goutte ou avec la migraine ou l'eczéma chez le même individu. Ou bien le sujet a été engendré par un goutteux, un diabétique

ou encore un graveleux, ou enfin cet asthmatique procrée un épileptique, un hystérique....

D'après les nombreuses observations de Charcot ; les névroses et les psychopathies se rencontrent habituellement dans les familles des malades atteints de chorée. Dans certains cas, l'arthritisme des parents est la seule tare reconnue. De plus, il n'est pas rare de voir évoluer chez le choréique d'autres affections nerveuses. Si vous voyez naître l'hystérie chez un choréique, dit l'auteur, cela n'a rien d'extraordinaire. Les prédispositions générales que l'arthritisme explique font que vous pouvez voir se combiner chez le même individu, des affections pouvant parfaitement exister isolément.

Disons-nous comme disait récemment M. Joffroy (*Semaine médic.*, février 93) que tous les choréiques sont des dégénérés mais à des degrés et sous des modes très divers. Cette opinion semble exagérée et comme nous le verrons plus tard (chapitre chorée et infection) il y a au moins toute une catégorie de choréiques qu'il serait injuste de qualifier de dégénérés ; chez eux la chorée semble n'être qu'un accident de croissance qui se dissipe ensuite sans laisser de traces. De rhumatisme, d'hystérie il n'en est pas question ni chez ces enfants ni même dans leur famille !

Il est vrai que l'état mental des choréiques est modifié très souvent, ce fait est d'observation constante.

D'après M. Lannois on observe une modification dans les 2/3 des cas. M. Marie (*Mém. de l'Acad. Méd.*, 1860) en donne la classification suivante :

1^{er} degré : troubles de sensibilité morale, tristesse, gaîté.

2^e degré : troubles intellectuels, diminution de la mé-

moire, mobilité des idées, impossibilité de fixer l'attention.

3^e degré, hallucinations qui surviennent dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil.

4^e degré, délire maniaque.

Les troubles des 2 premiers degrés existent dans une foule d'affections et s'expliquent par l'anémie, par l'intoxication, etc..... Nous verrons cela au chapitre chorée et infection. Nous ne retiendrons donc que les 2 derniers degrés, hallucinations, délire, nous touchons à ce qu'on a appelé la folie choréique. Ces troubles dénotent probablement comme l'a établi M. Joffroy, une dégénérescence mentale, c'est en effet dans les cas de chorée avec troubles psychiques qu'on trouve une hérédité particulièrement chargée. M. Joffroy rappelle une observation prise dans son service.

Une jeune femme de 26 ans chez qui les mouvements choréiques ont débuté d'abord dans le bras puis ont gagné rapidement les autres membres ; à son entrée elle ne présentait aucun trouble psychique bien accusé et la chorée était de moyenne intensité, quand le 1^{er} décembre (25 jours après le début), après une nuit agitée, la température s'élève à 38°, le cœur qui battait la veille 72 fois à la minute donne 136 battements, et l'on entend un roulement systolique à la pointe, l'incoordination motrice ayant atteint les muscles du pharynx, la déglutition est devenue presque impossible, les lèvres sont sèches. La nuit suivante, malgré l'administration de 4 gr. de chloral la malade est en proie à un délire et à une agitation telle qu'elle a déchiré la camisole de force et qu'il faut plusieurs personnes pour la maîtriser. Elle entendait et voyait des personnes imaginaires qui lui disaient du mal de son mari. Après un calme relatif dans la journée du lendemain, le délire reparait la nuit et ainsi pendant une dizaine de jours puis peu à peu les journées devinrent meilleures, les nuits restent toujours agitées, puis l'agitation diminue et ce n'est qu'à la fin de décembre qu'on peut constater la disparition des hallucinations de la vue et de l'ouïe. En même temps que l'état général s'améliorait, le cœur battait plus régulièrement, descendant progressivement au chiffre de 100, 90°, 80 et enfin 72 pulsations. Pendant quelques jours avec la tachycardie on put percevoir à la base un bruit de frottement très net mais très localisé. Les troubles moteurs ont persisté pendant le temps de la grande agitation sans grandes modifications cependant la difficulté

de la déglutition ne dura guère qu'un jour. Enfin en même temps que l'amélioration se produisait dans l'état mental, les troubles moteurs devenaient aussi moins accusés de sorte qu'à la fin de décembre on put considérer la maladie comme terminée.

Si nous recherchons les antécédents de la malade, nous trouvons que le grand-père maternel, ancien soldat, s'adonnait quotidiennement à la boisson. Son fils (le père de la malade) est également un buveur et faible d'esprit d'où le surnom de (toc-toc). La bisaïeule maternelle et la grand'mère maternelle ont présenté de la démence sénile pendant 4 ans.

La mère de la malade est très nerveuse, très irritable.

La sœur de la malade a présenté des symptômes de grande hystérie. Enfin deux des frères de la malade sont morts en bas âge l'un à 18 mois, l'autre à 2 ans ayant présenté pendant presque toute la durée de leur courte existence des attaques épileptiformes.

Quelque temps après la mort d'un de ses enfants, la malade eut de grandes crises d'hystérie avec convulsions généralisées, perte de connaissance, etc. etc... De plus elle a déjà présenté en diverses circonstances, en particulier à propos d'une fièvre typhoïde et d'un accouchement des attaques délirantes moins violentes que la dernière, mais ayant les mêmes caractères fondamentaux, les mêmes qu'on relève dans un grand nombre de cas de folie hystérique : hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût et du tact avec idées vagues de persécution, etc....

On retrouve aussi l'hystérie dans les observations de folies hystériques qui sont publiées. C'est le cas pour 2 observations de Wassitch, pour une observation recueillie par MM. A. Voisin et Marie, pour une observation de M. Digoy, pour le cas rapporté par Geoffroy en 1813 (*Dict. sem. méd.*), et pour bien d'autres, pour celui du D^r Regis (*Gaz. méd. Bordeaux*, 90), dans lesquels les faits semblent calqués sur ceux qui viennent d'être décrits.

M. Joffroy ajoute :

L'ensemble des antécédents héréditaires et des faits relevés dans l'histoire de la malade établissent suffisamment, je pense, que l'on se trouve en présence d'une dégénérée. Cette circonstance n'est certainement pas étrangère à la genèse de l'hystérie, pas plus qu'elle n'est étrangère à la genèse de la chorée. Mais ce n'est ni parce que la malade est choréique ni parce qu'elle est hysté-

rique, qu'elle délire, mais parce qu'elle est atteinte à un haut degré de dégénérescence mentale.

Dans beaucoup d'autres cas de folie choréique on trouve l'hérédité très chargée. Une observation de Wiglesworth, où nous trouvons la mention que la mère est épileptique, l'oncle aliéné. Dans une autre observation de Digoy, il y a de l'aliénation mentale chez l'oncle et la tante maternels. Dans une des observations de Souza-Seite et Cherbulicz, le grand-père est alcoolique, un peu original ; une cousine germaine a de grandes crises convulsives avec perte de connaissance et la mère est morte d'éclampsie. Dans une deuxième observation des mêmes auteurs : le père et le grand-père sont tous deux alcooliques. Sottas mentionne dans une observation que la mère a un tic facial, des migraines périodiques, la sœur a des convulsions épileptiques et la malade elle-même a eu des convulsions antérieurement à sa chorée. M. Joffroy conclut « c'est donc chez des sujets atteints de dégénérescence mentale qu'on observe la folie choréique ».

Il faut donc admettre la dégénérescence mentale dans les cas de folie choréique et même aussi pour tous les cas où nous pourrions dépister soit l'hystérie, soit le rhumatisme, mais on ne peut en accorder davantage.

Mais s'il y a entre la chorée et l'hystérie un rapport de parenté dans un certain nombre de cas, il ne s'ensuit pas qu'il faille les confondre. Ces deux affections sont bien distinctes, elles existent indépendamment l'une de l'autre. On pourra voir à la fin de ce travail une série d'observations de chorée dans lesquelles nous n'avons pu trouver aucun symptôme hystérique (chorées antitoxiques, chorées infectieuses). Séries C et B.

Nous pouvons affirmer qu'il n'y a eu chez ces enfants pendant leur maladie aucun symptôme d'hystérie, aucun trouble de la sensibilité, aucun phénomène d'anesthésie ni d'hyperesthésie, aucune hallucination ni terreur nocturne, aucun trouble visuel, aucun stigmatisme hystérique. Ces enfants n'ont jamais présenté aucun symptôme hystérique avant leur maladie, ils n'en présentent pas à l'heure actuelle.

Les parents eux-mêmes, les frères et sœurs de ces enfants n'en présentent pas davantage.

Peut-on dire qu'il y a hystérie parce que le début est attribué à une émotion violente ?

On ne peut accorder grande importance à ce renseignement, on sait combien le public est enclin à voir des émotions dans l'étiologie de toutes les maladies : impetigo, eczéma, maladies cutanées de toutes sortes, abcès froid, etc....., sont attribués à une émotion. Et puis quand bien même on trouverait d'une manière bien démontrée une émotion au début de la chorée, il ne s'ensuivrait pas pour cela que la chorée est de nature hystérique. L'émotion prouve la nature nerveuse de la chorée et rien de plus. Il en est de même des modifications de l'intelligence et du caractère signalées déjà par G. Sée, Briquet, Marcé.... Pourra-t-on invoquer en faveur de la nature hystérique la diminution de la sensibilité du voile du palais et du pharynx qu'on trouve dans quelques cas ? M. Rendu (*Soc. méd. hôp.*, 92) nous apprend que chez les enfants non malades elle existe une fois sur cinq.

La faiblesse musculaire, la parésie, la paralysie limitée ou non, ne sont pas davantage en faveur de la nature hystérique. En effet, ces paralysies ne sont pas accompagnées de troubles de la sensibilité, ni de contractures, elles sont au contraire flasques (*Limp. Choréa*). Les réflexes sont absents le plus souvent.

Les accidents choréiques ont une durée assez longue et assez régulière, en moyenne 1 mois 1/2 à 2 mois, la chorée au contraire a une durée tout à fait variable.

Le début de ces accidents est lent, progressif, souvent précédé de prodromes et dans la plupart des cas on n'arrive au summum de l'intensité qu'après plusieurs

jours. Ce début n'a rien de commun avec la brusquerie du début des chorées de la série A.

La chorée de la série C disparaît graduellement comme elle est venue et il est difficile de se rendre compte du moment où la guérison est obtenue, où finit la maladie et commence l'état de santé.

Dans la série A les accidents disparaissent brusquement à la suite d'un traitement homéopathique, de l'application d'un aimant, d'une crise, etc.

On trouve dans la chorée B C des lésions organiques qui, si elles ne font pas nécessairement partie essentielle de la chorée, l'accompagnent fréquemment. Elles doivent être prises en considération, on ne peut réellement ne pas leur attribuer une autre importance que celle d'une simple coïncidence.

On voit la chorée B C revenir à plusieurs reprises chez le même sujet avec les mêmes symptômes et à intervalles éloignés, comment donc l'hystérie si elle était la vraie cause ne se révélerait-elle pas dans l'intervalle des accidents ou à l'occasion de ces accidents ?

Gilles de la Tourette et Cathelineau ont montré que dans l'hystérie il y a diminution des combustions se traduisant par une diminution de la quantité d'urée ; or dans le seul cas de chorée B C où le dosage de l'urée ait été fait, la quantité d'urée était énormément augmentée (40 gr., 44 gr.) par jour. Bence-Jones et Helly (th. Lannois) ont trouvé une augmentation constante de la quantité d'urée éliminée, ce qui semblerait indiquer que la combustion organique est plus active. Il n'y avait cependant pas de fièvre. Enfin les effets donnés constamment par l'antipyrine, proportionnels à la dose employée, viennent encore à l'encontre de la chorée hystérique.

Il y a donc une chorée arythmique distincte de la chorée A.

Les caractères différentiels de ces deux formes de chorée sont assez nets si on veut en juger par le tableau suivant.

Diagnostic différentiel.

PSEUDO-CHORÉE.

Antécédents héréditaires et personnels. — Mobilité du caractère, émotivité, nervosisme prononcé, convulsions, hallucinations, terreurs nocturnes, somnambulisme, crises de rires et de larmes, affaiblissement de la mémoire, crises d'hystérie.

Début *brusque* des accidents, se montrant d'emblée avec toute leur intensité et présentant parfois une localisation spéciale.

Stigmates hystériques, contemporains de l'attaque de chorée, enchevêtrement des phénomènes choréiques avec d'autres : contractures, etc.

Disparition *brusque* des accidents à la suite d'une crise, d'une frayeur, d'une application d'aimant, de la compression d'une zone hystérogène.

Diminution de l'urée, inversion des phosphates de l'urine.

CHORÉE DE SYDENHAM.

Pas d'antécédents nerveux, ou antécédents de peu d'importance.

Début *insensible, progressif*.

Pas de stigmates hystériques à aucune époque de la vie du malade.

Disparition *graduelle*.

Augmentation ou maintien du taux normal de l'urée.

On pourra diagnostiquer les chorées paralytiques avec paralysies partielles en ce que les *muscles de la vie organique* ne sont jamais atteints comme dans l'hystérie et en ce qu'elles sont accompagnées de troubles de la *sensibilité*, en outre leur début et leur terminaison sont *graduels*.

L'âge, le sexe pourront donner des présomptions et aider au diagnostic. La chorée arythmique hystérique se rencontrant particulièrement chez les garçons vers l'âge de 18 ans, et chez les filles à l'âge de la menstruation.

Nous admettrons devant ces deux formes de chorées que nous avons affaire à l'hystérie prenant le masque de la chorée à une pseudo-chorée hystérique, l'hystérie ne simule-t-elle pas toutes les affections nerveuses? C'est l'opinion de M. Debove (*Soc. méd. hôp.*, 1890) qui ne voit dans son observation citée plus haut que « de l'hystérie d'un bout à l'autre ». Il ajoute « j'ai bien lieu de croire que la chorée hystérique simulant la chorée de Sydenham est fréquente, dans quelle mesure? Je l'ignore, c'est un point sur lequel nous serons fixés lorsque chez tous les choréiques nous aurons avec soin recherché les stigmates qui permettent de dépister l'hystérie ».

Une des principales raisons qui nous fait croire à la nature purement hystérique de la chorée dans les cas que nous avons cités c'est précisément que nous y trouvons dans la symptomatologie une certaine différence que nous avons essayé de représenter dans un tableau, c'est cette différence ou plutôt cette *modification de chacun des symptômes* de la chorée ordinaire dans le sens de l'hystérie qui nous permet de dépister cette dernière.

Malgré tous ces signes distinctifs le diagnostic sera quelquefois bien embarrassé par le mélange des deux classes de symptômes: choréiques et hystériques; nous aurons dans certains cas non pas *modification* des symptômes de la chorée, mais juxtaposition des symptômes de chacune des deux affections sans *altération* de ces symptômes: ne peut-on admettre dans ces cas la coexistence des deux maladies chez le même individu.

Cette hypothèse n'est pas invraisemblable; n'y a-t-il pas coexistence de l'ataxie locomotrice avec la paralysie générale d'ataxie locomotrice avec le diabète?

Il semble que l'hystérie ait suivi la chorée dans le cas suivant: Observation (Th. Dettling).

Elise B. 13 ans, au moment des premières règles apparaîtrait une chorée qui fut suivie après sa guérison de 5 crises hystériques coïncidant avec une autre période menstruelle.

Marie (*Prog. Méd.*, 1886).

Crises d'hystérie survenues 15 jours après la terminaison d'une chorée vulgaire.

La chorée a provoqué probablement l'apparition de l'hystérie chez un sujet prédisposé, comme le font la plupart des maladies nerveuses. Il semble que l'hystérie coexistât avec la chorée dans les cas suivants: Observat. de M. Seglas (citée plus haut). Observation Th. Dettling (citée plus haut).

Dans un cas de chorée rythmée du diaphragme avec chorée arythmique des membres, la compression de l'ovaire arrête les mouvements rythmiques sans influencer la chorée non rythmée.

OBSERVATION (JOFFROY, *Soc. méd. Hôp.*, 3 avril 1891).

Joz. Jeanne, 16 ans, cartonnrière, entre le 28 janvier 1891 à la Salpêtrière dans le service du Dr Joffroy pour tremblement choréique.

Antécédents héréditaires. — Père existant non buveur, s'enrhume facilement chaque hiver, mère morte tuberculeuse en 1878.

Une sœur de la mère morte de tuberculose pulmonaire, aurait eu des attaques nerveuses de nature indéterminée.

Le père a eu d'un second mariage 3 fils.

L'ainé mort de cause ?

Le second, pneumonie, méningite et croup.

Le troisième a eu une chorée de Sydenham à l'âge de 6 ans sans avoir été obligé de garder le lit. La 1^{re} atteinte a duré 2 mois mais il y a eu plusieurs rechutes dont une tout dernièrement encore qui a occupé surtout les muscles de la face.

Antécédents personnels. — Rien sauf quelques convulsions à l'âge de 2 ans. Réglée depuis le 27 janvier 1890, les menstrues ont été régulières, d'une durée de 5 à 6 jours. Il y a 4 mois, à la suite d'un refroidissement, les règles n'ont duré qu'un jour et n'apparurent même plus dans les mois suivants.

Vers la fin de décembre 1890, des mouvements commencèrent à se manifester du côté de la face ; ces mouvements augmentèrent progressivement pour s'étendre ensuite aux membres supérieurs et inférieurs. A la même époque, le malade commença à souffrir de palpitations, s'essouffait facilement et surtout en montant un escalier.

État actuel, 3 février. — En examinant la malade au lit on est frappé de l'inconstance de ses membres qui ne peuvent pas rester en repos. Le front se plisse et se déplisse, les sourcils se relèvent et s'abaissent, les narines sont fortement dilatées et la malade ébauche des grimaces qui rappellent de loin le rire et le pleur.

Mouvements désordonnés constants des mains. Quand on lui fait saisir un objet, la main est rejetée à droite et à gauche et arrive au but après un grand mouvement concentrique du bras droit... Au repos les deux bras s'écartent ou se rapprochent du tronc tantôt dans un sens, tantôt dans un autre. Mouvements irréguliers des membres inférieurs ; quand on fait marcher la malade, elle exécute des sortes d'enjambées qui donnent à sa marche une direction latérale, le côté droit en avant.

Les yeux ne sont pas atteints.

La moitié droite du corps paraît moins sensible à la douleur, au froid, et au chaud que la moitié gauche. Ovaire droit extrêmement sensible. Réflexes rotuliens, pupillaires, plantaire conservés. Sensibilité pharyngienne paraît émoussée. A l'auscultation du cœur, on n'avait rien trouvé le 29, 30, 31 janvier, mais il y avait déjà de la tachycardie. Aujourd'hui au 4^e espace gauche près

du sternum, bruit de frottement au 1^{er} temps empiétant sur le petit silence, ne se propageant pas dans les vaisseaux de la base et du cou. Augmentation d'intensité quand le malade s'incline en avant.

7 février. — Pulsations fortes fréquentes, la malade se plaint d'insomnie, avant sa maladie elle dormait bien, mais rêvait constamment de voleurs, de chiens, de chats.....

9. — Légère rougeur de mains s'effaçant momentanément à la pression. Un peu de sueur à la face palmaire.

23. — Souffre un peu dans les genoux sans rougeur ni gonflement. Le mouvement péricardique persiste.

Traitement. — 6 grammes de chloral, 2 enveloppes mouillées.

6 mars. — Dans le bras droit il y a une sorte de mouvement rythmé consistant en une oscillation du poignet rappelant les mouvements que l'on observe chez une petite malade de 16 ans atteinte de chorée hystérique et avec laquelle la malade passe une grande partie de la journée.... le mouvement s'arrête à certains moments et reprend à d'autres avec une grande amplitude.

La malade marche assez bien.

7. — Tachycardie peut être considérée comme disparue, le frottement également.

24. — Depuis 2 semaines environ, plus de mouvements choréiques ni dans la tête, ni dans les membres inférieurs, mais depuis ce moment les mouvements du membre supérieur droit sont devenus assez régulièrement rythmés. En outre quand la malade est émotionnée on observe les mêmes mouvements dans le membre supérieur gauche. Le champ visuel est concentriquement rétréci.

On supprime le chloral.

30 mai. — Marche facile sans incoordination, mais le bras droit présente un tremblement hystérique analogue sinon semblable à celui que présente une de ses voisines atteinte de chorée hystérique.

Le tremblement est peu accusé quand on ne s'occupe pas de la malade, disparaît pendant le sommeil naturel ou provoqué, s'exagère sitôt qu'on regarde la malade.

Cet état continue jusqu'au 20 avril, la veille de ce jour M. Joffroy menaçait de ne pas lui rendre les rubans dont elle se paraît si elle ne guérissait pas. Le matin du 20 à la visite, le tremblement avait disparu.

Nous voyons d'un côté les symptômes d'une chorée franche avec lésions cardiaques, de l'autre des stigmates hystériques et tous les symptômes de l'hystérie.

Admettons donc l'hypothèse de la coexistence des deux affections mais sans fusion; il y aurait simple superposition et chaque affection conserverait son individualité, comme la syphilis coexistant avec l'hystérie. C'est l'opinion de Charcot.

Chorée et infection.

Un grand nombre d'auteurs Français et Anglais ont soutenu que la chorée était une manifestation rhumatismale. Devons-nous souscrire à l'opinion de M. Roger qui voit dans la chorée un rhumatisme cérébral modifié dans sa symptomatologie à cause de l'âge? de M. G. Sée qui considère la chorée comme un rhumatisme cérébral chronique et qui affirmait récemment encore dans une leçon (juin 1891) son adhésion convaincue aux idées qu'il a toujours soutenues? de M. C. de Gassicourt qui a pensé que la forme commune de la chorée n'est séparée du rhumatisme cérébral, que par une limite souvent indécise et peut franchir cette limite par l'intervention d'un seul élément : la fièvre?

Certaines statistiques sembleraient *à priori* devoir nous convaincre de la nature rhumastismale de la chorée: G. Sée (*Mémoires de l'Acad. Méd.*, 1850) sur 128 cas de chorées, trouve 61 cas coïncidant avec des inflammations ou des douleurs articulaires, soit 19 0/0; et sur 109 enfants rhumatisants, 61 sont choréiques.

Botrel avant lui avait déjà signalé une proportion semblable. Hugues et Burton Browne (*Guy's Hop. reports*, 1856) ont trouvé 89 rhumatismes articulaires ou affections cardiaques sur 104 cas de chorée, soit 85 0/0. Senhouse Kirkes (*Med. Times and. gaz.*, 1863) signale sur 36 cas de chorée, 33 dans lesquels le rhumatisme et les affections cardiaques coexistaient et dans les 3 autres les lésions cardiaques se trouvaient seules, soit 92 0/0.

Roger (*Arch. gén. méd.*, 1867 et '68) fournissait une statistique de 71 cas dans lesquels il trouvait 47 fois de l'endocardite simple, 19 fois de l'endo-péricardite, 5 fois la péricardite soit 100 o/o.

Les statistiques récentes donnent des proportions moins fortes :

Haven (*Bost. med. and. surg. Journ.*, 1881) indique 42 fois le rhumatisme comme cause étiologique sur 200 cas de chorée, soit 21 o/o.

Saric (Th. Paris, 1885) sur 18 cas, 4 rhumatisants soit 22 o/o.

Garrod (*Soc. royale med. and. Ch.*, Londres, 1889) sur 80 cas, trouve 45 o/o d'antécédents rhumatismaux héréditaires.

Hernugham (*Ibid.*, 1889) sur 80 cas trouve 21 rhumatisants soit 26 o/o.

Goodall (*Rev. Soc. méd.*, 1891), indique sur 262 choréiques, une proportion de 32 o/o de rhumatisants et il y avait sur ces 262 cas, 98 lésions cardiaques démontrées.

La proportion est de 20 o/o pour la statistique de Meyer qui comprend 121 cas (*Polyclinique de la Charité*, Berlin). La moyenne de ces 10 statistiques nous donne la relation 50 o/o et H. Roger a pu écrire ces lignes : (*Arch. ch. méd.*, 1868) : « un enfant choréique est toujours menacé de rhumatisme, de même qu'un enfant rhumatisant est toujours sous le coup d'une chorée ».

Mais aux statistiques, on oppose les statistiques :

Celle de Hughes (*Guy's Hop. Reports*, 1846) ne signale que 14 cas de rhumatisme articulaire ou affections cardiaques, sur 108 cas de chorée, soit 12 o/o.

Steiner (cité par Raymond, *Dict. Dechambre*) 4 cas sur 252, soit 1, 6 o/o. D'après Skerges (*the Lancet*, 1883), la proportion serait de 1 sur 3, 3, mais, dit-il, ce qui im-

porte d'évaluer, c'est peut-être moins la quantité absolue des choréiques ayant des antécédents de rhumatisme, que l'excès au-dessus du chiffre habituel des enfants ayant des antécédents de cette nature. Chez les adultes, dans les hôpitaux on trouve une proportion de 12 à 20 o/o suivant l'extension plus ou moins grande que les auteurs donnent au terme de rhumatisme. Chez les enfants, Sturges évalue d'après ses recherches la population des rhumatisants à 15 o/o. De là la nécessité d'obtenir un chiffre dépassant 20 o/o chez les adultes et 15 o/o chez les enfants pour que la statistique puisse affirmer une relation entre le rhumatisme et la chorée. Or les chiffres de l'auteur semblent indiquer qu'il n'y a pas de connexion entre les deux affections puisque sur 202 cas il ne trouve qu'une proportion de 19 o/o (1).

Prior (*Berl. Klin. Woch.*, 1886) signale 5 cas de rhumatisme seulement sur 92 chorées, soit 5,5 o/o.

Comby (*Tr. méd.*, 1888) ne reconnaît aucun symptôme de rhumatisme chez 16 choréiques.

Leroux (*Rev. mal. enf.*, 1890) ne trouve que 5 choréiques nettement rhumatisants sur 80 cas et 13 déclarant des douleurs vagues articulaires ou non, ce qui nous donne la proportion de 6,25 o/o.

La moyenne de ces 6 statistiques nous donne la relation de 7,3 o/o : nous sommes loin de la moyenne de tout à l'heure : 50,2 o/o !

E. Labbé, Bordier, H. Rendu, Empi ont vu beaucoup de chorées où l'on ne pouvait trouver aucun symptôme rhumatismal.

Que devons-nous penser de ces statistiques contradictoires ?

(1) Nous avons pu faire une statistique personnelle qui nous a donné sur 12 cas, 4 cas de rhumatisme (voir Observations).

Comme le dit M. Comby, elles ont le grave inconvénient d'avoir été faites de malades choisis. Les statistiques de MM. G. Sée et Roger etc., dit-il, sont faites principalement avec des malades d'hôpital, c'est-à-dire avec des cas graves. Les nôtres, au contraire, faites dans des dispensaires comprennent tous les cas, surtout les cas moyens et légers.

En face de véritables séries de chorées coïncidant avec le rhumatisme il y a d'autres séries pour lesquelles le rhumatisme fausse compagnie à la chorée, dans ces derniers cas ce serait s'aventurer que prétendre malgré tout à la nature rhumatismale. De ce que la chorée coïncide avec le rhumatisme assez souvent, il ne s'ensuit pas qu'il y ait entre ces deux affections un rapport de cause à effet, et que la chorée soit avant tout une manifestation rhumatismale pouvant être ou ne pas être accompagnée d'autres manifestations de cette diathèse. Nous ne nions pas que la chorée ne se développe quelquefois, souvent même chez des enfants de rhumatisants, rhumatisants eux-mêmes ou qui le deviennent dans la suite, que les rhumatisants constituent un terrain favorable pour la chorée, mais c'est tout ce qu'il est possible d'accorder.

On a fait pour l'étiologie du tabes la même fausse induction que pour la chorée : on a fondé sur certaines coïncidences de l'ataxie locomotrice et de la syphilis une théorie syphilitique exclusive, mais pas plus que dans la chorée on n'a pu donner la sanction thérapeutique démonstrative. Le salicylate de soude (Comby, *Soc. méd. hôp.*, 1891) comme la médication spécifique sont restés sans effet et cependant comme le disait M. Millard à la Société médicale des hôpitaux (mai 1891),

on a remarqué l'action du salicylate dans presque toutes les affections rhumatismales sur les rhumatismes musculaires : torticollis, lumbago, pleurodynie, etc., et sur certaines manifestations cutanées, oculaires et viscérales : érythèmes, conjonctivites, iritis, endocardites et péricardites et surtout pleurésies rhumatismales. La chorée est donc d'une nature autre que celle du rhumatisme. Ces deux affections ont leur individualité propre et absolument indépendante l'une de l'autre. Frappé de la fréquence des lésions des méninges cérébro-spinales chez les choréiques dont la mort a été suivie d'autopsie (14 fois sur 34 autopsies). M. G. Sée a considéré la chorée comme un rhumatisme cérébral chronique ; mais n'existe-t-il pas un abîme entre la chorée même la plus intense et une attaque bien nette de rhumatisme cérébral ? Peut-on établir une comparaison entre les troubles psychiques qui accompagnent ces deux affections ? Autant l'arthropathie est inconstante dans la chorée, autant l'association de ces deux éléments symptomatiques : arthropathie et troubles psychiques est indispensable pour caractériser le rhumatisme cérébral.

Enfin, peut-on expliquer par la théorie rhumatismale la prédilection du rhumatisme articulaire aigu pour l'âge adulte et le sexe masculin, tandis que la chorée montre au contraire une grande prédilection pour l'enfance, l'adolescence et le sexe féminin ? (voir plus loin le chapitre de terrain de la chorée).

Si nous résumons les 16 statistiques citées plus haut nous arrivons au tableau suivant :

G. Sée.	128	cas	61	rhumatisants
Hughes et Burton Browne.	104	—	89	—
S. Kirkes.	36	—	33	—
Roger.	71	—	71	—
Haven.	200	—	42	—
Saric.	18	—	4	—
Garrod.	80	—	36	—
Hernugham.	80	—	21	—
Meyer.	121	—	24	—
<i>Statistique personnelle.</i>	12	—	4	—
Hughes.	108	—	14	—
Steiner.	252	—	4	—
Sturges.	202	—	38	—
Grior.	92	—	5	—
Comby.	16	—	0	—
Leroux.	80	—	5	—
Totaux	1600	cas	451	rhumatisants

Nous arrivons à une proportion de 28, 1 0/0 pour 1600 cas c'est-à-dire que plus d'un quart des choréiques seraient des rhumatisants. Nous devons ajouter cependant que dans ces statistiques la plupart des auteurs ont considéré comme manifestations rhumatismales les douleurs vagues articulaires ou non et les endocardites qui ont précédé, accompagné ou suivi la chorée, nous verrons plus loin (chapitre chorée et infection) combien ces conceptions sont hasardées. Beaucoup d'endocardites diagnostiquées au moment de la chorée n'ont laissé d'ailleurs aucune trace. C'est ce qui a amené M. Durozier : (*Union méd.*, 1892) à parler ainsi : « De 5 à 13 ans, la chorée ne manque pas sans accompagnement de rhumatisme, doublée de bruits chloro-anémiques qui font admettre des lésions organiques endo ou péricardiques. H. Roger a écrit que les bruits anémiques n'existant pas chez l'enfant, tout bruit entendu dans la chorée est or-

ganique. Nous ne pouvons admettre l'exclusion des bruits chlorotiques que nous entendons chaque jour. La chorée peut produire une lésion du cœur, mais non comme le rhumatisme, c'est l'exception: à condition que l'on ne confondra pas des bruits chlorotiques avec des bruits organiques, là est toujours la question. »

Cependant il faut admettre la coïncidence de la chorée et du rhumatisme dans un certain nombre de cas mais cela ne prouve pas la nature rhumatismale de la chorée comme nous le disions au commencement de ce chapitre.

En effet, l'hystérie et l'épilepsie quoique bien distinctes du rhumatisme en sont cependant bien souvent accompagnées. Ce serait dans la parenté qui unit l'arthritisme aux névropathies qu'il faudrait chercher la raison de ces coïncidences comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent. Mais cette parenté n'est qu'une cause éloignée. Elle donne la prédisposition, c'est l'infection cause commune du rhumatisme et de la chorée qui est la véritable cause.

Les travaux récents tendent à prouver que le rhumatisme aigu est une maladie infectieuse, une septicémie. Il en a en effet toutes les allures. La fièvre, l'anémie profonde, et surtout l'endocardite et la péricardite constituent un ensemble symptomatique qu'on est habitué à rencontrer dans les maladies infectieuses et dans les maladies infectieuses seules. L'endocardite, en effet, comme l'avaient prévu MM. Jaccoud, Duguet et Hayem, est toujours une maladie infectieuse, le microscope en a donné la preuve. Depuis longtemps on avait remarqué que le sang de ces malades contenait des corpuscules graisseux et de la leucine. Winge (1870), Heiberg, Ebertk, Wissokowitch, Klebs, y avaient ensuite cons-

taté la présence de *différents* microbes. Ces résultats ont été ensuite confirmés par Weisselbaum, Grancher et Netter, Rodat et Perret. Plusieurs de ces observateurs ont pu inoculer d'une façon positive le sang des malades atteints d'endocardite infectieuse et reproduire chez certains animaux le syndrome et les lésions de l'endocardite ulcéreuse. Rosenbach avait avancé que pour être actives les inoculations devaient être accompagnées d'une sorte de dilacération préalable des valvules. Perret et Rodet répétant les mêmes expériences ont montré que l'assertion de Rosenbach est vraie seulement pour le lapin et le cobaye ; pour le chien qui est susceptible de subir les influences rhumatismales, la dilacération valvulaire n'est pas nécessaire et l'inoculation peut être positive d'emblée, ainsi qu'ils en ont rapporté plusieurs exemples.

Mais on en a trouvé successivement dans le sang :

Le microbe de la suppuration, Eberth.

Le streptococcus pyogenes, Weichselbaum.

Le staphylococcus aureus, »

Le staphylococcus albus, »

Le pneumocoque, Lancereaux. Netter.

De sorte qu'on admet actuellement que l'endocardite n'est pas une maladie toujours identique, mais qu'elle peut résulter de plusieurs sortes d'intoxications. Elle accompagne, en effet, les maladies infectieuses diverses : Scarlatine, septicémie puerpérale, variole (Durozier), la fièvre typhoïde, la blennorrhagie (Lacassagne, Rendu, Desnos, Lemaître), la fièvre intermittente (Hameruych, Dutroulau), l'érysipèle (Jaccoud et Sevestre), la diphtérie (Jaccoud et Labadie-Lagrave). Elle accompagne aussi les phlegmasies pleuro-pulmonaires, pneumonies, pleurésies, etc. Il est donc permis de penser à une maladie

infectieuse toutes les fois que l'on rencontre l'endocardite. Le rhumatisme articulaire aigu accompagné si souvent d'endocardite, avec fièvre et profonde anémie pourrait donc sans autres preuves être attribué à une infection, mais il y a d'autres preuves. M. Triboulet a réuni (*Revue de Méd.*, août 92), les observations suivantes à l'appui de cette affirmation.

1° Un cas de Wilson (*Edinb. med.*, juin 1885).

Arthrite rhumatismale avec *microbes* non décrits.

2° Un cas de Guttman.

Epanchement articulaire séreux avec *Staphylococcus aureus*.

3° 3 cas de Pétrone.

Epanchements articulaires du genou avec *microbes* signalés par Klebs sur l'endocarde.

4° 2 cas de Pocock et Scheffer (chacun un cas) de *transmission* de rhumatisme aigu de la mère au fœtus, mais sans preuves microbiennes.

5° Wautle (juin 1887, *Brit. med.*), dit avoir isolé des *bactéries* qu'il ne décrit pas.

6° Popof (1889) parle d'un *microbe* du rhumatisme articulaire aigu.

7° Bordas (*Med. mod.*, 21 mai 1890) cultive le sang de 6 rhumatisants et isole chez 2 sujets un microbe liquéfiant la gélatine, lequel injecté dans la carotide d'un lapin sans lésions préalables de l'endocarde va provoquer une endocardite à forme végétante, il conclut qu'il croit à l'*infection rhumatismale par des microbes divers* mais non par un microbe spécifique.

8° Achalme (*Soc. biol.*, 1891).

Un cas de rhumatisme articulaire aigu mort de rhumatisme cérébral. A l'autopsie on trouve des lésions valvu-

laïres récentes, une péricardite avec épanchement, les centres nerveux paraissent sains.

Des cultures aérobies restèrent stériles, des cultures anaérobies sur bouillon de bœuf furent faites avec la sérosité péricardique, avec le sang du cœur, le liquide céphalo-rachidien, le liquide synovial, la pulpe splénique....: seuls le *sang du cœur* et la sérosité péricardique donnèrent un résultat qui fut le développement d'un bacille long, volumineux, presque comme le bacillus anthracis, il en conclut que les accidents ont été causés probablement par une intoxication par les produits solubles du micro-organisme localisé dans l'endocarde, le myocarde et le péricarde.

9° M. Triboulet (observation de l'Hôpital des enfants, Paris).

Un garçon de 11 ans entre en scarlatine pour une éruption typique, avec angine staphylococcique, reconnue par ensemencement; au 3^e jour de l'éruption il se produit un épanchement dans les deux poignets. On fait une ponction; le liquide retiré ne donne aucun résultat; une seconde ponction le lendemain ne donne pas de liquide, mais un peu de sang qui, ensemencé, donne un *coccus blanc*, liquéfiant la gélatine et *pathogène*, car après injection sous-cutanée à l'oreille d'un lapin, il détermine des traînées *lymphangitiques* et durant 3 à 4 jours. Nous sommes donc autorisés à voir dans le rhumatisme aigu une infection et il est à remarquer qu'il n'y a pas de spécificité, mais que des agents microbiens divers peuvent produire le rhumatisme.

Les arthropathies qu'on rencontre dans les maladies infectieuses, scarlatine, septicémie puerpérale, blennorrhagie, dysenterie, etc., sont par leur caractère si évi-

dent d'infection et d'infection variée, une preuve de plus en faveur de ce que nous avançons.

Mais, pourra-t-on nous dire, comment expliquer par l'infection, l'existence de ce qu'on appelle le *tempérament arthritique* ?

Le tempérament arthritique ne comporte qu'une prédisposition à l'infection, une vulnérabilité particulière. Un père rhumatisant ne lègue pas l'infection à son fils, mais un terrain propre à cette infection, tout comme un père tuberculeux ne lègue pas la tuberculose à ses enfants, mais la prédisposition, le terrain favorable à la prolifération du bacille.

Les diverses variétés de rhumatisme sont-elles dues à l'infection ? Comme on le sait, le rhumatisme forme un véritable genre comprenant des espèces diverses.

1° Le rhumatisme aigu, véritable maladie générale, susceptible de présenter à côté de déterminations constantes articulaires, des localisations morbides, dans les divers systèmes de l'organisme, ne donnant lieu que très rarement à des arthrites chroniques.

2° Le rhumatisme chronique ostéo-fibreux, affection à début insidieux procédant par poussées plus ou moins fréquentes. -

3° Le rhumatisme chronique progressif, commençant toujours par les mêmes jointures (articulations métacarpo-phalangiennes) symétriques, ayant une marche prévue, se rapprochant beaucoup de la goutte (Landré, Bauvais, Garrod).

4° L'arthrite déformante, se développant chez des sujets âgés et se comportant si complètement comme une affection purement locale (Saric, th. Paris, 1885).

Ces formes diverses de rhumatisme ont probablement des causes diverses. Quoi qu'il en soit on y relève l'in-

fluence manifeste de l'hérédité, c'est ce qui les a fait rapprocher du rhumatisme articulaire aigu et l'on trouve dans les 2^e et 3^e formes de véritables endocardites (obs. de Charcot, Beau, Ball, Ollivier). L'infection est ici beaucoup moins bien prouvée que dans le rhumatisme aigu, mais il est probable qu'elle doit jouer un rôle au moins dans un certain nombre de cas. Mais il n'est point permis à l'heure actuelle de rien affirmer.

Ce qu'il faut retenir de tout ceci c'est que le rhumatisme aigu est dû à une infection par des agents microbiens *variés*. Or la chorée coexiste bien souvent avec le rhumatisme, cela ne peut être nié, comme nous l'avons vu. Nous dirons donc que la chorée doit être, non pas rhumatismale puisqu'elle existe en dehors du rhumatisme, mais infectieuse, et si le rhumatisme coexiste avec la chorée, c'est parce que cette dernière affection est produite dans ces cas par *l'infection* rhumatismale.

Mais l'infection peut produire la chorée sans accompagnement de rhumatisme. Nous voyons en effet, bien souvent la chorée coexister avec une endocardite sans aucun symptôme rhumatismal, nous en possédons 3 cas. (voir Observations, série B). Ce fait a été noté bien des fois par Roger, Senhouse Kirkes, G. Sée; il est noté encore dans quelques observations de choreés démontrées infectieuses par examen bactériologique et dans lesquelles aucun symptôme rhumatismal n'est noté.

En effet, la théorie infectieuse s'appuie sur des faits comme ceux que voici :

OBSERVATION I (Leredde, *Rev. mal. de l'enf.*, mai 1891).

Chez un garçon de 4 ans 1/2 atteint de chorée au cours de laquelle on vit apparaître un souffle musical à la pointe couvrant le 1^{er} temps, et le petit silence,
6

avec frémissement vibratoire perceptible à la main et un peu d'albuminurie transitoire.

5 jours après la constatation de cette endocardite mitrale, un souffle doux au foyer aortique au 2^e temps dénonçait une insuffisance aortique.

La culture du sang pris au doigt dévoilait l'existence de *staphylococcus albus* mélangé à un 1^{er} examen avec le *staphylococcus aureus*.

OBSERVATION II (Triboulet, *Rev. mal. de l'enf.*, décembre 1891).

Péricardite chez un jeune garçon de 9 ans nettement rhumatisant par sa mère, choréique récidiviste qui vint mourir à l'hôpital d'endocardite nouvelle sur un fond d'endopéricardite ancienne.

AUTOPSIE. — On trouve le péricarde et sa cavité formant une masse fibro-gélatineuse de près d'un centimètre d'épaisseur. L'ensemencement sur bouillon et sur gélose a donné du *staphylococcus albus* et du *staphylococcus aureus*. Le sang du cœur et de la veine cave donnèrent le même résultat, les cultures nerveuses demeurèrent stériles.

OBSERVATION III (Dr Barkley).

Chez une fille de 27 ans morte (au John Hopkin's hospital) d'une chorée avec délire et fièvre on trouva à l'autopsie une endocardite, des abcès parotidiens de la broncho-pneumonie, et de la congestion méningée avec ramollissement cérébral.

Cet auteur rappelle qu'il a constaté chez des chiens choréiques, les mêmes altérations organiques que dans les maladies infectieuses, la diptérie en particulier.

OBSERVATION IV (Thomas, *Wiener Med. Presse*, 1891, n° 24).

Chez un garçon de 14 ans, des symptômes de néphrite apparurent dans le cours d'une chorée classique. Il y avait de l'albuminurie, des cylindres dans les urines et un peu de fièvre. Albuminurie et mouvements choréiques disparurent en même temps.

Ces observations semblent indiquer que l'affection se fait par la voie sanguine, nous y reviendrons tout à l'heure.

Les recherches expérimentales viennent encore ajouter leur autorité en faveur de la théorie infectieuse :

1^o Recherches de Pianesi (*Anal. de Riforma Medica.*, juillet 1891).

Les recherches ont été faites à l'aide de bacilles trouvés dans la cervelle cervicale d'un choréique et cultivés sur gélatine à la température de 20° à 38°. Les cultures ont été inoculées sans succès sous la peau, dans le péritoine et dans les veines chez des lapins, cobayes et chiens. Les résultats ont été plus heureux par l'inoculation dans la *dure-mère*, la *moelle*, le *nerf sciatique* du chien et du lapin et sous la *muqueuse nasale* du cobaye.

Les phénomènes ainsi provoqués consistaient d'abord en *tremblements musculaires* parfois généralisés et parfois localisés à quelques groupes de muscles, en particulier à ceux de l'épaule et de la région fessière ; et dans une *excitabilité extrême* de l'animal, puis après quelques jours en contractures avec impotence partielle des membres. Alors l'animal succombait vers le 4^e jour. Des chiens et des lapins qui survécurent, présentèrent des phénomènes pendant 20 à 30 jours, chez ceux qui moururent on trouva dans les centres nerveux, des bacilles que l'on put cultiver et qui étaient identiques à ceux des cultures qui avaient servi aux inoculations.

2° Etudes de MM. Courmont et Rodet sur les toxines des staphylocoques pyogènes (*Bull. Soc. Biol.*, 28 janv. 1892).

M. Courmont a isolé des cultures de staphylocoques filtrées, des produits solubles dans l'alcool et d'autres produits précipités par ce réactif. Les produits précipités déterminent chez le chien et le lapin une dyspnée excessive, avec élévation de la pression artérielle et *excitabilité exagérée du système nerveux*, se traduisant par des secousses musculaires, des mouvements choréiformes et des contractures pouvant se généraliser et revêtir l'aspect du strychnisme, les accidents se terminent

par la mort qui arrive chez le chien au bout de 2 heures.

Les substances solubles, au contraire, donnent lieu à des phénomènes inverses : ralentissement de la respiration et du cœur, *relâchement du système musculaire*, *somnolence* pouvant aller jusqu'à la *stupeur* et l'anesthésie cornéenne etc...

Ces poisons injectés en bloc, non séparés par l'alcool, donnent des manifestations *qui ne sont pas nettes*.

Chez le *sujet humain* et surtout chez le sujet jeune, il est probable qu'il s'opère dans certains cas un doublement semblable amenant la prédominance d'une classe de poisons sur l'autre ; sous quelle influence ? nous ne pourrions le préciser. Dans le cas de la prédominance des produits solubles, on aura *la chorée molle ou paralytique*, dans le cas contraire *la chorée agitée*.

C'est donc l'action irritante des toxines microbiennes sur le système nerveux qui produit la chorée. C'est une véritable intoxication qui se produit à la faveur de la croissance comme nous allons le voir dans le chapitre suivant, et contre laquelle le système nerveux, jeune, frêle, en voie d'évolution, réagit à sa façon. Cette action des toxines est une action d'élection sur le système nerveux ; cette hypothèse est bien admissible et vraisemblable : en effet, les toxines rabiques, les toxines tétaniques, d'après les recherches les plus récentes (Rosenbach), n'ont-elles pas une action spéciale élective sur le système nerveux, qui se trouve être alors, leur réactif, si j'ose m'exprimer ainsi.

Autant qu'on peut le présumer par les constatations des autopsies comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, il est probable que l'action des toxines se localise principalement sur un des centres cérébraux. Malheureusement tout cela n'est encore qu'hypothèse à l'heure actuelle.

V. — Chorée et croissance.

Il est à remarquer que la chorée se développe constamment à l'âge où la croissance est la plus active.

Dans la statistique que M. Germain Sée a fournie de 531 choréiques traités pendant une période de 22 ans à l'hôpital des enfants.

28	malades étaient âgés de moins de 6 ans.
218	malades — de 6 à 10 ans.
235	— — 10 à 15 ans.

M. G. Sée fait remarquer que cette statistique ne comprend pas le début réel de la maladie mais plutôt la période d'état, parce qu'elle repose uniquement sur les registres de l'hôpital et que les malades ne viennent réclamer des soins que lorsque la maladie a déjà une certaine durée. Cet auteur nous fournit alors une statistique plus restreinte de 191 cas dans lesquels il a pu remonter par une enquête précise à l'origine même de la maladie.

Il y a 11 enfants âgés de moins de 6 ans.

94	»	»	6 à 11 ans.
57	»	»	11 à 15 ans.
17	»	»	15 à 21 ans.
12	»	»	21 à 60 ans.

Il ajoute : le maximum réel est compris entre 6 et 11 ans. Barthez et Rilliet dans l'édition de 1843 donnent une statistique de 19 cas qui se répartissent ainsi :

âge 4 ans		3 cas
5 —		1 cas
6 —		1 —
7 —		2 —
8 —		2 —
9 —		4 —
10 —		1 —
11 —		2 —
13 1/2		2 —
14 —		2 —

West donne la statistique suivante faite sur 1141 cas. Nous regrettons que cet auteur n'ait pas donné le résultat de ses recherches après 12 ans.

	Garçons	Filles	Totaux
à 4 ans ou au-dessous	21	36	57
entre 4 et 5	19	35	54
— 5 et 6	26	45	71
— 6 et 7	46	63	109
— 7 et 8	38	104	142
— 8 et 9	56	132	188
— 9 et 10	66	155	221
— 10 et 12	75	224	279
	<u>347</u>	<u>774</u>	<u>1.141 cas</u>

Barthez et Sanné nous donnent une statistique de 334 cas.

23 de 3 à 6 ans dont 7 garçons et 16 filles			
134 — 7 à 10 —	29	—	105 —
169 — 11 à 14 —	45	—	124 —
8 — 15 à 17 ans.			

Mais plusieurs de ces malades avaient eu plusieurs attaques de chorée précédemment, de sorte que ces au-

teurs fournissent une autre statistique de 171 malades se trouvant à leur 1^{re} attaque.

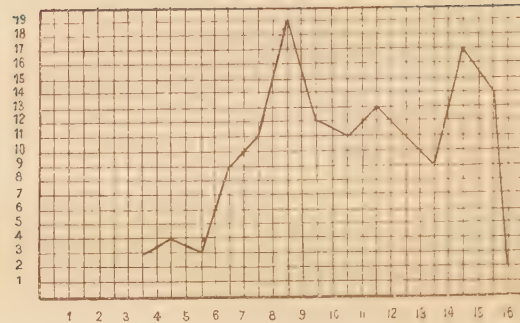
27	de	2	à	10	ans
66	de	7	—	10	—
72	de	11	—	14	—
6	de	14	—	15	—

Enfin nous avons pu réunir 119 cas et nous en avons dressé le tableau suivant :

Entre	2 et 3 ans	1	cas
	3 et 4 —	3	—
	4 et 5 —	4	—
	5 et 6 —	4	—
	6 et 7 —	9	—
	7 et 8 —	11	—
	8 et 9 —	19	—
	9 et 10 —	10	—
	10 et 11 —	10	—
	11 et 12 —	13	—
	12 et 13 —	11	—
	13 et 14 —	9	—
	14 et 15 —	14	—
	15 et 16 —	14	—
	16 et 17 —	2	—

C'est ce qui nous a permis de tracer le diagramme suivant (1).

(1) Nous avons utilisé pour cette statistique les observations de M. Durozier (*Union méd.* 1892), Baumes (*Union méd.* 1891), Sevestre (*ibid.*), Dieci, Delaharpe (*Rev. méd. Suisse Rom.*), F. Simon (*Rev. méd. de l'Est*, 1890), Honel (*Montpellier méd.* 1892), Cadet de Gassicourt (Th. Moity, Paris 92), Moity (Th. Paris 92), Sturges (*Lancet*, 91), Saquet (Th. Paris 85), Pigelet (Th. Paris 1886), Leredde (*Rev. malad. enf.* 1891), Dorel (Th. Paris 92), Nesnet, Ritte, Digoy (Th. Paris 90), Springer (Th. Paris 90), Sarie (Th. P. 86), G. Sée, Vonstarck (*Arch. kin-*



Nous voyons dans ce tableau que la chorée a 2 maxima de fréquence : le premier de 7 à 9 ans et le second de 14 à 16 ans. Il est frappant de voir que ces maxima correspondent précisément aux périodes les plus actives de croissance. Les premières recherches sur ce sujet ont été publiées à Copenhague en 1881 par le D^r Hertel. Une commission scolaire, à la suite de plaintes formulées contre le régime des écoles, fut chargée d'une enquête par le gouvernement.

On mesura et on pesa 15.000 garçons des écoles secondaires et 3.000 filles des écoles privées et on trouva que les garçons passent par trois périodes :

Vers 7 ou 8 ans *croissance importante*.

De 9 à 13 ans l'accroissement est moindre.

De 14 à 16 ans, au moment de la puberté l'enfant aug-

der heilkunde, 1891), Thomas (*Wiener med. Presse*, 1892), Triboulet (*Rev. mal. enf.* 91), Descroizilles (*Rev. gén. clin. et thér.* 91), Pagliano (*Chr. méd. des B. du Rh.* 91), Bouchaud (*Rev. mal. enf.* 1891), Ollive (Th. P. 1884), Rilliet et Barthez (édition 1843) et nos observations personnelles. Nous avons réuni toutes les indications précises d'âge que nous avons trouvées et nous regrettons que toutes les grandes statistiques ou bien sont incomplètes comme celle de West, ou bien ne donnent pas d'indications précises année par année.

mente remarquablement plus vite *en taille* et *en poids*, l'accroissement continue ensuite, mais peu accusé.

Chez les jeunes filles les mêmes périodes existent, mais plus tôt que chez les garçons.

Le pasteur Merckling-Hauser, directeur d'un institut de sourds-muets à Copenhague a fait des recherches pour savoir dans quelles saisons l'accroissement se faisait de préférence. Les enfants *grandissent peu* de fin *novembre* à fin *mars*. *Beaucoup en taille*, mais *peu en poids* de *mars* à *juillet* et *août*. *Peu en taille*, *beaucoup en poids* de *août* à *novembre* (vacances). Ce serait donc l'été que la chorée devrait être plus fréquente, il serait utile de vérifier ce fait.

Pourquoi cette relation entre la chorée et la croissance ? Parce que la chorée est une intoxication comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, que cette intoxication soit le fait d'éléments microbiens ou qu'elle soit due à l'accumulation dans l'organisme de poisons autochtones (comme on le verra dans le chapitre suivant), le résultat est le même au point de vue du système nerveux.

La chorée se produit de préférence chez les filles (sur 3 choréiques, il y a 2 filles, toutes les statistiques sont d'accord sur ce point), chez les sujets anémiques.

Chez les sujets qui grandissent beaucoup.

Tout cela n'est qu'une seule et même chose.

Ces trois catégories de choréiques sont sous la dépendance d'une débilité nerveuse, particulière comme nous allons le voir : ces jeunes organismes n'ayant qu'un défenseur débile et frêle, au-dessous de sa tâche, résisteront difficilement à l'infection et se laisseront bien facilement empoisonner soit par les toxines microbiennes, soit même par l'accumulation de leurs propres toxines. Les travaux de Bouchard expliquent toutes ces choses.

Chez l'enfant qui grandit, les mutations nutritives sont énormes. Un enfant de 3 ans à 10 ans excrète en 24 heures par kilog. de poids 0, 840 d'urée à 1 gramme tandis qu'un adulte n'en émet que 0, 40 à 0, 50 centigrammes.

La puberté surtout impose à l'organisme un lourd surcroît de travail (1). A ce moment non seulement la nutrition doit apporter la ration d'entretien, les matériaux de la croissance et en général ceux des organes qui se développent à ce moment en particulier, mais encore le développement excessif de tout le corps exige une somme d'éléments nutritifs telle que jamais l'organisme n'en réclame autant dans le cours de l'existence. Les gênes, les troubles de la nutrition font sentir leur action sur les systèmes dont la nutrition est la plus active, qui demandent le plus de matériaux. Le système osseux et le système nerveux exigent alors une nutrition des plus actives. Ils seront donc tous deux dans un état d'opportunité morbide, selon une loi fondamentale de pathologie générale. Voilà la raison de toutes les variétés d'ostéite depuis l'exostose simple jusqu'à la nécrose, produites par le froid, la fatigue, le rhumatisme, une maladie aiguë..... au moment de la croissance. Ces mêmes causes agissant sur l'adulte, ne déterminent pas de périostite ou du moins très rarement.

(1) C'est probablement ainsi qu'il faut expliquer l'établissement des diathèses à ce moment. L'infection prend à ce moment un caractère de gravité particulière. C'est ce qu'on remarque pour toutes les maladies infectieuses. (Rougeole, scarlatine, etc., qui sont plus graves à cette période de l'existence). Il est remarquable de voir que les chorées graves se produisent de préférence à ce moment. Ce fait a déjà été signalé par Dyce Duckworth (*Brooklyn Journ.*, 1892). Nous en avons un exemple (observation 1, série B). Nous en connaissons un autre exemple très intéressant, grâce à l'obligeance de M. le Dr Vauheuweryn, chef de clinique chirurgicale à la Charité (Lille). Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans (Marie C.), mais nous n'avons pas été autorisé à publier cette observation.

La croissance est pour ainsi dire toute puissante dans la périostite phlegmoneuse diffuse, le plus haut degré d'une série d'affections qu'on range sous le nom d'ostéomyélites de croissance dans lesquelles on peut faire entrer jusqu'aux simples douleurs vagues dites de croissance.

Le système nerveux se développe en même temps et n'est pas sans ressentir une grande gêne du *détournement des éléments phosphorés* du courant sanguin au profit du système osseux. C'est le développement du système nerveux qui fait qu'il se trouve assailli pendant l'enfance de tant de maladies. On ne comprendrait pas que les maladies infectieuses qui ont dans l'enfance un terrain de culture si favorable si on en juge par les faits, n'atteignent pas le système nerveux dans ce moment critique.

Aussi nous trouvons dans la pathologie infantile, la paralysie infantile atrophique, la paralysie pseudo-hypertrophique, la maladie de Thompsen, la maladie de Friedreich, le tabes dorsal spasmodique, le zona, les convulsions diverses, éclampsies, les méningites, l'épilepsie, la tétanie, etc.

C'est au moment de la croissance que se développe cet état nerveux que l'on a appelé la neurasthénie. On signale à ce moment des troubles de la digestion et on a rapporté un certain nombre d'observations de dilatation de l'estomac chez des choréiques. M. Comby en a rapporté plusieurs (*France médicale*, 1888). C'est en effet avec la croissance que coïncide la suractivité cérébrale et médullaire, c'est l'âge où les enfants prennent goût à l'étude, où l'imagination s'éveille, avec les sentiments affectifs, où certaines lectures font entrevoir au collégien des horizons inconnus, son imagination s'y plonge avec

avidité et c'est le système nerveux qui paie tous les frais de cette débauche cérébrale ; c'est à ce moment que les fonctions de la génération s'établissent.

Comment le système nerveux peut-il faire face à toutes ces dépenses qui fondent sur lui en même temps si ce n'est par un surcroît de nutrition ? Si un trouble quelconque se produit, si par exemple une dyspepsie persistante fait que les matériaux de la nutrition soient élaborés d'une façon anormale, la nutrition du système nerveux est entravée, la neurasthénie apparaît. On observe alors des enfants qui ont grandi vite, allongés et maigres, le teint pâle, leur mémoire est paresseuse, ils sont sujets aux maux de tête, leurs leçons, leurs devoirs sont pour eux un travail qui demande un grand effort (Springer, Th. Paris 90).

Ils se plaignent de mal dormir, et le matin en se levant sont fatigués, comme courbaturés ; aux repas ils mangent peu, et très irrégulièrement : tantôt ils n'ont pas d'appétit, tantôt ils dévorent gloutonnement.

On arrive bientôt à cet état de fatigue et de grande lassitude qu'on appelle le surmenage et qui n'est autre d'après M. Bouilley (*Gaz. des hôp.*, 1883) qu'une intoxication due à l'élimination insuffisante des nombreux produits de désassimilation qui encombrement l'organisme de l'enfant.

Toute fatigue coexiste, en effet, avec la présence dans le sang d'une grande quantité de déchets, de toxines.

Mono de Turin, a injecté à un animal au repos du sang d'animal fatigué et a produit la mort par intoxication, tandis que le sang d'un animal non fatigué n'est pas toxique.

M. Bouchard (Leçons sur les auto-intoxications) a constaté que chez l'individu qui travaille intellectuelle-

ment, l'urine est de 2 à 4 fois plus toxique que pendant un temps égal de sommeil.

Nous pouvons donc admettre que le surmenage et la neurasthénie qui en est l'expression, apparaissent chez tous ceux qui usent trop de leur système nerveux en faisant des dépenses qui ne sont pas en rapport avec leurs moyens. Les enfants en état de croissance sont particulièrement dans ce cas, surtout ceux chez qui la croissance se fait par poussées irrégulières et s'accompagne de troubles de la nutrition.

VI. — Chorée et auto-intoxication.

Entre la neurasthénie et la chorée, il n'y a qu'une nuance, à tel point que chez la plupart des jeunes choréiques (particulièrement série C), si l'on fait abstraction des phénomènes musculaires, on trouve le tableau de la neurasthénie : fatigue, lassitude, preuve intellectuelle, appétit irrégulier.... Une émotion vive, une perturbation brusque, la présence des vers intestinaux, la dentition etc. venant tout à coup porter l'intoxication à un état plus aigu par défaillance du système nerveux produirait sur ce système l'excitation choréique. Bouteille dans son traité citait un cas de chorée qu'il attribue à la stercorémie.

L'iodoforme semble avoir ajouté son action à celle des toxines dans l'observation suivante (Demme, *Jahresbericht therap. Monatshefte*, 1889).

Garçon de 6 ans, atteint de carie vertébrale, est opéré et pansé à la gaze iodoformée et à l'iodoforme en poudre, quelques jours après il est atteint de mouvements convulsifs des bras et des jambes qui cessent en même temps qu'on cesse les pansements à l'iodoforme, quelques semaines plus tard, la chorée ayant cessé, on reprend l'iodoforme, la chorée réapparaît.

M. Leroux (*Rev. méd. de l'enf.*, 1890) a trouvé parmi 80 choréiques dont les antécédents ont pu être fouillés :

La fièvre intermittente	1 fois	
La <i>scrofule</i>	7	--
L' <i>anémie</i>	15	—
Le rachitisme	3	—
L'hystérie	1	—
La <i>neurasthénie</i> bien nette	7	—
Les convulsions	3	—
La migraine	2	—
L'alcoolisme a été noté	12	— chez le père.
L'hystérie	14	— chez la mère.

Nous n'ajouterons aucun commentaire.

La *dégénérescence* ajoute son influence à celle de croissance. Les cellules nerveuses déjà intoxiquées par l'alcool, la syphilis, l'acide urique etc..... ou prédisposées à l'infection offriront d'autant moins de résistance. Nous touchons ici à l'hystérie : M. Debove a fait connaître en effet, *l'hystérie toxique* provoquée par diverses substances toxiques (plomb, mercure, tabac etc.). Mais, comme nous l'avons dit dans le chapitre chorée et hystérie, s'il y a des choréiques qui sont des dégénérés, tous ne le sont pas heureusement et il y a des enfants qui, une fois la chorée guérie n'ont jamais l'ombre de manifestations hystériques ni rhumatismales. Nous en retrouvons de nombreux exemples dans les observations qu'a publiées M. Durozier (*Union médicale*, 1892) dans ses recherches sur le cœur chez les anciens choréiques. Nous en donnons aussi quelques exemples personnels (série C). Ces enfants ont subi à vrai dire une *crise d'évolution*. S'ils la surmontent, ils reprennent le cours normal de leur existence et sans aucun trouble du genre nerveux désormais. Dans le cas contraire, il pourra se faire que la chorée soit l'occasion de l'instal-

lation de l'hystérie. Ces enfants *deviendront* alors ce qu'ils n'étaient pas d'abord, des *dégénérés*.

L'hypothèse de la chorée auto-toxique n'a rien d'in-vraisemblable ; en effet combien ne voyons-nous pas d'affections de ce genre : éclampsies, urémie, tétanie, maladie de Basedow etc... Récemment en effet, MM. Boinet et Silbert (*Rev. méd.*, Janv. 1892) étudiaient l'action des principes actifs contenus dans les produits d'évaporation de l'urine de ces malades et leur reconnaissaient des propriétés convulsivantes énergiques, tellement qu'à faibles doses elles tuent un lapin ; en les dissociant par l'éther, la benzine ou l'alcool amylique, ils ont pu reproduire tout l'ensemble symptomatique de la maladie.

La tétanie est d'autant plus intéressante qu'elle se produit de préférence chez les nourrices et surtout chez les enfants de 1 à 5 ans, ici encore on a rapproché la tétanie du rhumatisme (Corvisart, G. Sée, Rilliet et Barthez, Trousseau, Colas). Remarquons dans l'étiologie, la diarrhée chronique, les affections de l'estomac, la convalescence des maladies graves. — Toutes ces choses ont attiré l'attention des pathologistes et l'on attribue généralement la tétanie à l'auto-intoxication.

Dans le rachitisme, les auteurs font jouer un grand rôle à la dilatation de l'estomac et à l'auto-intoxication (D'Espine et Picot).

L'auto-intoxication rend donc bien compte de la production de la chorée au moment précis de la croissance, chez certains enfants qui ne sont en puissance d'aucune diathèse de dégénérescence. Elle est la seule théorie qui en rende compte d'une manière satisfaisante. Comme nous l'avons vu, en effet, ni la théorie hystérique, ni la théorie infectieuse, ne peuvent s'appliquer à ces cas.

Cette théorie est bien vraisemblable par l'analogie qui existe entre la chorée et d'autres maladies : le tétanie des enfants particulièrement, qu'on attribue généralement à l'auto-intoxication. Plusieurs observations citées plus haut, trop peu nombreuses malheureusement : l'observation de Bouteille, celle de Demme viennent à l'appui de cette théorie.

Les troubles de la digestion qu'on rencontre chez les choréiques sont encore une présomption de plus en sa faveur.

Nous proposons donc de rapporter au moins provisoirement la chorée à trois types !

La chorée hystérique.

La chorée infectieuse.

La chorée auto-toxique.

En admettant que de nombreuses formes intermédiaires puissent exister entre ces trois formes, particulièrement entre la chorée hystérique et la chorée auto-toxique.

Nous ferons rentrer dans les chorées auto-toxiques certaines chorées gravidiques. Comme le disait M. Lannois dans son beau travail sur la chorée : « l'examen des faits montre que l'on a affaire à la chorée vulgaire, apparue sous l'influence de ses causes ordinaires auxquelles se surajoute l'état gravide qui crée une véritable opportunité morbide ». On connaît, en effet, les troubles de l'excrétion et des fonctions de désassimilation pendant la grossesse et quel rôle ils jouent dans l'éclampsie. La chorée gravidique serait tantôt une éclampsie très atténuée (1). Tantôt une modalité de l'hystérie. On a noté

(1) Elle n'est cependant pas sans gravité puisque Fehling et Spiegelberg accusent sur une statistique de 137 cas, 28 o/o de mort.

vent la coïncidence d'attaques éclamptiques et de chorées, et surtout d'attaques hystériques. Certaines malades ont déjà eu plusieurs attaques de chorée dans leur enfance.

Le fait de la grossesse n'est pas suffisant pour déterminer l'explosion de la chorée, comme le fait de la croissance ne suffit pas chez l'enfant. Il faut en outre, comme dans la chorée infantile, la chloro-anémie, les accidents de toutes sortes, les impressions morales vives, la contagion nerveuse même. Si la malade est une prédisposée nous attribuerons sa chorée à l'hystérie, sinon, à défaut de tout stigmatisme hystérique, nous chercherons à l'expliquer par l'auto-intoxication, en attendant mieux.

La chorée sénile dont la science possède un certain nombre de cas (1) pourrait peut-être aussi à la rigueur, rentrer dans la catégorie des chorées auto-toxiques, les émonctoires devenant à cet âge moins perméables, mais M. Charcot voit dans la déchéance intellectuelle qui est assez fréquemment notée un signe de tout autre nature et tend à les assimiler au tremblement sénile.

(1) Charcot (*Prog. méd.* 1878). Raymond, Meunier (Th. Paris, 1879). Wassitch (Th. Paris, 1882). Russell (*Med. T. and. Gaz.*, 1877 et 1878). Saudubry (*Lancet*, 1884).

VII. — CONCLUSIONS

En résumé, la chorée est la réaction du système nerveux contre l'excitation de substances irritantes, toxiques, contenues dans le sang ou les humeurs.

Ces substances sont, dans la grande majorité des cas, les produits solubles (toxines) secrétés :

Soit par des microbes divers.

Soit encore probablement par les cellules animales elles-mêmes (Gauthier).

Quand le choréique est un prédisposé, la chorée peut être une modalité de l'hystérie.

Les toxines ont probablement une action spéciale sur un point limité du système nerveux, mais il est difficile de préciser.

La chorée n'est donc pas une *entité morbide* mais un *syndrome clinique*. Etiologiquement il y a plusieurs chorées comme il y a plusieurs épilepsies (Féré), comme il y a diverses convulsions, comme il y a des scléroses en plaques de causes variées (M. Marie a vu la sclérose en plaques se développer après la fièvre typhoïde), etc....

La question du terrain domine sa pathogénie. C'est la réaction particulière du système nerveux d'un organisme en évolution, contre une intoxication.

La chorée de l'âge adulte (chez les femmes enceintes particulièrement), est due à une prédisposition nerveuse et probablement à des troubles dans l'élimination des toxines.

VIII.— OBSERVATIONS

SÉRIE A

Chorées hystériques.

OBSERVATION I (Charcot).

Vende..... présente les mouvements de la chorée vulgaire sans rythme ni cadence ; en même temps *attaques* avec les trois grandes phases de l'hystéro-épilepsie, *anesthésie* générale avec *amyosthénie* surtout prononcée à droite, et ovaralgie double, mais prédominante du même côté. La compression méthodique de la région ovarienne suspend momentanément les mouvements choréiques.

OBSERVATION II (Chantemesse).

Jeune fille de 21 ans, nullement rhumatisante ; 36 heures après une chute du premier étage, elle fut prise de mouvements anormaux rappelant la chorée de Sydenham, avec hémianesthésie cutanée et anesthésie du pharynx. La maladie durait depuis un mois quand l'application d'un aimant suffit à faire disparaître tous les accidents comme par enchantement.

OBSERVATION III (Mercklen).

Jeune fille de 16 ans, ayant présenté une première attaque de chorée qui dura 5 mois et fut traitée par les médicaments les plus divers.

La seconde attaque survenue à la suite d'une peur comme la première fut une hémichorée avec hémianesthésie sensitive et sensorielle ; elle céda immédiatement à la faradisation forte d'une région limitée de la peau, du côté anesthésié.

OBSERVATION IV (Perret). Lyon.

Angl... 8 ans entrée le 8 décembre 1890.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé ; jamais de rhumatisme.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure ni de rhumatisme. Il y a un an, première attaque de chorée généralisée intense, survenue sans cause appréciable et ayant duré 2 mois. La malade ayant été grondée par ses parents il y a 8 jours, les mouvements ont reparu aussitôt.

Etat actuel. — Chorée généralisée avec prédominance aux membres supérieurs. La malade est très nerveuse et pleure beaucoup.

Sensibilité au contact très émoussée surtout aux membres supérieurs; analgésie incomplète aux membres inférieurs, complète au bras: un pli de la peau est traversé par une épingle sans causer la moindre douleur. Rien du côté des organes des sens. Réflexes rotuliens exagérés, plantaire nul.

Hyperesthésie ovarienne: la pression des ovaires détermine un énervement général. Rien au cœur.

2 janvier 1892. — La malade est guérie. Plus d'ovarie.

OBSERVATION V (Dettling). Lyon.

Jos. G..., 15 ans, entrée 30 décembre 1891.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant; mère nerveuse, pas de rhumatisme dans la famille.

Antécédents personnels. — Coqueluche et petite vérole, très nerveuse, pleurs faciles avec sensation de constriction à la gorge, pas de rhumatisme.

A 8 ans, frayeur à la vue d'un chat malade et chorée généralisée très intense. Durée 4 mois.

Après 2 mois de guérison, nouvelle frayeur (accident de voiture), deuxième accès moins intense, qui dure 5 mois et guérit pendant une scarlatine intercurrente.

Trois mois après, troisième atteinte, débutant brusquement sans cause appréciable; durée 5 mois, guérison complète.

La chorée était, dans ces trois accès, généralisée, mais avec prédominance du côté gauche, tandis que le côté droit, surtout le bras, était le siège d'une faiblesse musculaire prononcée. Chaque fois aussi la malade accuse un changement notable de caractère: elle est triste, émotive, pleure facilement, a souvent des hallucinations.

A 12 ans, après un an de repos, réapparition lente d'une chorée légère, affectant le type croisé: le bras gauche et la jambe droite bougent surtout, le bras droit très faiblement, la jambe gauche pas du tout.

A la suite d'une émotion, causée par la nouvelle de l'accident de chemin de fer de Voiron, début de la chorée actuelle.

Etat à son entrée. — Chorée généralisée intense prédominante à gauche et avec faiblesse musculaire à droite ; gêne de la parole et de la déglutition.

La sensibilité générale est conservée ; rien aux organes des sens. Anesthésie à peu près complète de la conjonctive ; abolition du réflexe pharyngé ; réflexes rotuliens exagérés. Contractures musculaires de tout le corps, durant deux à trois minutes et survenant quatre à cinq fois par jour, surtout à la suite d'émotions.

Points douloureux au niveau du vertex et à l'angle de l'omoplate, surtout à droite ; deux zones hystérogènes au rebord des fausses côtes : la pression à ce niveau détermine un énervement général. Ovaire double très douloureuse, prédominante à gauche : la pression sur l'ovaire, surtout à gauche, détermine une sensation nette de boule, de la congestion de la face, de l'angoisse, quelques mouvements dans les membres et de la tête et une crise de larmes involontaires.

Rien au cœur.

2 janvier 1892. — La malade prétend que depuis la compression ovarienne, les mouvements ont augmenté. Depuis deux jours elle est très irritable, veut battre ses compagnes ; elle a des hallucinations et des cauchemars.

La pression ovarienne donne les résultats déjà énoncés et une envie irrésistible de pleurer. Un essai pour hypnotiser la malade est sans succès.

OBSERVATION VI (Pitres).

Jeune fille 14 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère hystérique a attaques convulsives. Père colérique. Grand'mère maternelle présenta des crises colériques.

Antécédents personnels. — Rougeole, angine et bronchite, quelques attaques convulsives (vers ?)

L'enfant est de caractère tranquille, doux à l'âge de 9 ans. Elle voit en promenade un enfant atteint de chorée et en est vivement frappée. Le lendemain attaque convulsive de la mère et émotion violente de la fille qui croit sa mère morte. Dès le soir, sans aucune espèce d'attaque l'enfant présente une paralysie presque complète du bras gauche et la jambe gauche présente des mouvements involontaires qui peu à peu

se rapprochent, gagnent en intensité et étendue, envahissent tout le corps sauf le bras gauche qui reste paralysé. Ces mouvements sont involontaires, incoordonnés et continuels, grimaces, parole difficile. Disparition des symptômes pendant le sommeil. Durée 4 à 5 mois et disparition progressive ; jamais de rhumatisme.

Parfois, douleurs dans la région ovarienne, sensation de constriction épigastrique, impressionnabilité.

Depuis cette époque, chaque année au printemps réapparition des mouvements choréiques qui surviennent sans raison apparente et disparaissent en été.

État actuel (juillet 90). — Quelques mouvements choréiques et grimaces ; pas de troubles paralytiques, *mais altération notable de la sensibilité*. Hypoesthésie de tout le côté gauche du corps. Douleur vive à la pression dans la région ovarienne gauche. Rétrécissement concentrique du champ visuel des 2 côtés. Abolition du réflexe pharyngé, pas de zones hystérogènes. Rien au cœur ; menstruation irrégulière.

OBSERVATION VII (Veigely).

Jeune fille 18 ans, chorée hystérique, arythmique, hémianesthésie gauche, rétrécissement concentrique du champ visuel.

Antécédents héréditaires. — Père irritable, emporté ; mère nerveuse sans crises convulsives. Grand'mère maternelle a de grandes attaques convulsives.

Antécédents personnels. — Variole à 3 ans. Pas de rhumatisme, règles régulières depuis l'âge de 13 ans, très nerveuse, très émotif. Elle se lève quelquefois la nuit, s'habille et sort inconsciemment ; accès de somnambulisme nocturne. 15 jours avant son entrée à l'hôpital, elle apprend que son père vient de tomber et de se fracturer le bras ; elle a alors une grande crise convulsive qui dure 1 heure ; à la fin de la crise le bras *droit* qui avait été parfois animé de petits tremblements est devenu le siège de mouvements involontaires, incoordonnés, rapides ; ces mouvements gagnent le membre inférieur du même côté. le soir *même* nouvelle attaque convulsive et généralisation des mouvements choréiques (face) qui sont très intenses. Marche, phonation, alimentation impossibles.

Les jours suivants tous les matins attaque convulsive. Les mouvements choréiques disparaissent dans les membres supérieurs et la face.

15 jours après le début des accidents on constate à son entrée à l'hôpital :

Que les mouvements choréiques n'existent plus qu'aux membres supérieurs, peu intenses, involontaires, empêchant tout travail, plus prononcé à droite qu'à gauche. Ils sont exaltés des deux côtés à la fois par pression de la septième vertèbre cervicale. En même temps on trouve :

Hémiparésie de tout le côté gauche.

Hémi-anesthésie gauche.

Ovaralgie double surtout gauche.

Zones hystérogènes dans les régions ovariennes, sous les deux seins, dans la région épigastrique.

Rétrécissement concentrique du champ visuel.

Abolition du réflexe pharyngé.

Crise convulsive tous les matins.

Anémie. Rien au cœur.

Traitement, hydrothérapie et ferrugineux — guérison en 20 jours.

OBSERVATION VIII (Perret. Lyon).

Chorée arythmique généralisée ; diminution des mouvements par compression des ovaires. — Rien au cœur, pas de rhumatisme.

Jeanne C... 12 ans entrée le 17 décembre 1890, sortie le 21 février 1891.

Antécédents héréditaires. — Ni rhumatisme, ni nervosisme dans la famille.

Antécédents personnels. — Rougeole dans le jeune âge. Il y a deux mois, début de la chorée par les membres supérieurs, extension progressive aux membres inférieurs ; accentuation marquée depuis 15 jours au point que la marche est devenue impossible.

Etat actuel. — Membres et tête animés de grands mouvements involontaires et incoordonnés ; face grimaçante ; commissures tirées tantôt en haut, tantôt en bas, tantôt en dehors ; ouverture et fermeture alternative et brusque des paupières. Mouvements de la langue gênant notablement la parole ; mais, même pendant les périodes d'acalmie, la malade ne prononce toutefois que les monosyllabes oui et non.

Réflexes impossibles à étudier en raison de l'état d'agitation de la malade.

Pas de diminution de la sensibilité au contact, à la douleur ou à la température.

Ovarie très nette ; la pression détermine des phénomènes d'aura à

distance et diminue notablement les mouvements anormaux. Par contre, il existe vers le rebord des fausses côtes, à gauche, une sorte de zone hystérogène, où la pression exagère très sensiblement les mouvements provoquant même parfois un certain degré de clonisme.

20 décembre. — La pression ovarienne arrête presque complètement les mouvements qui d'ailleurs, ont déjà diminué ; plus de zone hystérogène sur le rebord des côtes.

30. — Diminution notable des mouvements choréiques ; l'ovarie est bien moins nette, la malade ne parle toujours pas.

15 février. — Ovarie aussi nette qu'au début ; presque plus de mouvements. L'enfant commence à parler.

20. — Disparition complète des mouvements ; persistance de l'ovarie, surtout accentuée à droite.

OBSERVATION IX (Perret. Lyon).

Chorée arythmique, symptômes d'hystérie. Diminution des mouvements par pression ovarienne ; rien au cœur, pas de rhumatisme.

Clavdia G... 13 ans 1/2 entrée le 20 avril, sortie le 24 juin 1891.

Antécédents héréditaires. — Père très vif, mère irascible, nerveuse.

Antécédents personnels. — Pas de rhumatisme. Elle est très sensible et pleure facilement ; maux de tête fréquents, terreurs nocturnes ; attaques de somnambulisme, pendant lesquelles elle se levait, inconsciente, allait dans la chambre de sa mère et se couchait dans le lit de celle-ci. A 5 ans, à deux reprises différentes, petites convulsions attribuées à la présence de vers. Elle aurait eu deux fois ses règles en janvier et mars et c'est à cette époque qu'elle a commencé à bouger.

Etat à son entrée. — Mouvements désordonnés, généralisés à la face, au tronc et aux membres, d'intensité telle qu'on est obligé d'attacher la malade pour qu'elle ne se jette pas à terre. Les parties saillantes, coudes, bord cubital des mains, ischions, sont le siège d'une rougeur et d'une tuméfaction très appréciables.

En raison de la grande agitation, il est impossible d'étudier les réflexes et la sensibilité.

La pression sur la région ovarienne diminue considérablement les mouvements, tout en déterminant de la constriction à la gorge et de la dyspnée ; la malade, malgré cela, éprouve une sensation de bien-être et se dit soulagée. La même pression sur les points correspondants aux zones hystérogènes habituelles reste sans influence, tandis qu'en pressant sur un nerf périphérique comme le cubital ou le sciatique

que poplitée externe, on obtient à peu près les mêmes résultats que par la compression des ovaires.

22 avril. — La pression ovarienne calme très nettement les mouvements choréiques.

Diminution très marquée de la sensibilité, au point qu'on peut traverser la peau de part en part sans déterminer de la douleur ni provoquer l'issue du sang. Ces troubles sont généralisés mais prédominant à gauche. Pas de modifications du côté des organes des sens, ni de rétrécissement du champ visuel.

20 mai. — L'amélioration continue, les troubles de la sensibilité persistent ; il existe de l'anesthésie pharyngienne.

9 juin. — La malade ne bouge presque plus ; même état de la sensibilité.

24. — Part guérie.

OBSERVATION X (Perret, Lyon).

Claudine Ch... 9 ans, entrée le 24 juillet 1890, sortie guérie le 20 septembre.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter.

Antécédents personnels. — Pas de rhumatisme. Rougeole.

A 5 ans crises nerveuses caractérisées par de la perte de connaissance avec congestion de la face et terminées par des pleurs ; elles survenaient à l'occasion de la moindre contrariété.

Début de la chorée, il y a deux mois, brusquement à la suite d'une frayeur que lui causa la vue de son frère qui faillit être écrasé par une voiture ; immédiatement après, apparition d'une contracture du bras gauche, suivie au bout de quelques minutes de mouvements choréiques limités au côté gauche.

Etat à son entrée. — Le côté gauche est seul intéressé ; mouvements à grande amplitude au bras, à la main et aux doigts, aux orteils surtout pour le membre inférieur ; à la face, quelques grimaces, élévation et abaissement alternatifs de la commissure gauche.

Réflexe rotulien exagéré à gauche ; pas de réflexion plantaire. Dans les parties animées de mouvements il y a abolition complète de la sensibilité au contact, à la chaleur, à la température ; anesthésie du pharynx.

Etat général satisfaisant ; rien au cœur.

27 août. — L'hémianesthésie a disparu ; diminution des mouvements choréiques.

12 *septembre*. — La malade, depuis une quinzaine de jours, présente de la fièvre avec des températures assez élevées et albuminurie légère sans qu'on puisse en trouver l'explication.

16. — Diminution notable des mouvements sous l'influence de cet état fébrile.

20. — La malade part n'ayant presque plus de mouvements.

OBSERVATION XI (Perret). Lyon.

Jeanne A..... 11 ans, entrée le 31 juillet 1891.

Antécédents héréditaires. — Père et mère non rhumatisants.

Antécédents personnels. — Pas de rhumatisme. A 8 ans premier accès de chorée consécutif à une frayeur et guéri en 8 jours par l'homéopathie.

Début du second accès, il y a deux mois, sans cause appréciable.

État à son entrée. — Mouvements incoordonnés occupant les quatre membres, la face et le tronc sans prédominance d'un côté; ils augmentent pendant l'examen, ou, quand l'enfant est debout et disparaissent parfois presque complètement quand l'enfant est au lit.

Souffle extra-cardiaque et souffle anémique à la base. Etat général satisfaisant.

Hémianesthésie droite totale : la malade ne sent pas le contact du doigt ou d'un autre corps. Hémianalgésie complète : on peut traverser la peau de part en part sans déterminer de douleur, ni d'écoulement de sang. Abolition de la sensibilité profonde.

Il est impossible de se rendre compte de l'état du champ visuel, la malade ayant des taches sur la cornée.

Le côté gauche du corps est, au contraire, le siège d'une hyperesthésie très marquée ; la moindre constriction de la peau, la moindre piqûre détermine des réactions douloureuses. La sensation de chaleur et de froid y est très exagérée, alors qu'elle est abolie à droite.

Du côté des organes des sens, on trouve l'hémianesthésie droite de la muqueuse linguale, la diminution de sensibilité de la muqueuse olfactive à droite, l'abolition de l'odorat et une diminution très marquée de l'acuité auditive de ce même côté.

Réflexes rotuliens et plantaires diminués à droite, exagérés à gauche.

La pression sur l'ovaire droit n'est pas douloureuse, mais détermine des phénomènes d'aura à distance ; la pression sur l'ovaire gauche est très douloureuse et difficilement supportée sans qu'on observe d'influence appréciable sur les mouvements choréiques. Zones hystérogé-

nes sus et sous-mamelonnaires à droite, bien moins accusées à gauche.

Le facies de la malade est celui d'une hystérique au point de vue de l'expression, de la physionomie, du regard ; caractère mobile et impressionnable.

1^{er} août. — On essaye d'hypnotiser la malade par la pression des globes oculaires ou la fixation d'un objet brillant ; elle s'endort mais incomplètement. Ses mouvements présentent peu d'aptitude.

10. — Même état ; on arrive assez facilement à endormir la malade.

14. — Les troubles de la sensibilité sont toujours les mêmes. L'application de l'électricité faradique donne les résultats suivants : avec un courant faible la malade ne sent rien ; en augmentant l'intensité du courant, la sensation devient très douloureuse et l'enfant se met à pleurer. Pas de modifications de la sensibilité après la suppression du courant.

OBSERVATION XII (Auché).

Chorée arythmique, crises convulsives. Rétrécissement du champ visuel, plaque anesthésique.

Fille 12 ans. Tare héréditaire nerveuse. Père alcoolique, mère emportée. Grand'mère a des crises nerveuses, un aïeul aliéné.

Antécédents personnels. — Pas de maladies d'enfance.

Rougeole à 4 ans, pas de rhumatismes, règles depuis l'âge de 11 ans. A 2 ou 3 ans convulsions (vers ?).

En juillet 91, chute dans un escalier et grande frayeur suivie d'une attaque convulsive de 3/4 d'heure. 4 jours après, père ivre, scène de ménage, nouvelle attaque et à la suite, apparition dans les membres supérieurs droits de mouvements d'abord peu intenses, involontaires, incessants, qui gagnent tout le côté et 2 jours après se généralisent empêchant la malade de marcher, de travailler, cessant pendant le sommeil, la face est respectée. Cet état persiste 10 jours, puis nouvelle attaque convulsive sans cause et avec elle disparition des mouvements choréiques. Ces mouvements reparaissent sans cause au bout d'un mois, se localisent au côté droit et disparaissent de nouveau au bout de 4 jours à la suite de crise convulsive (époque menstruelle). Depuis il y a eu plusieurs crises nerveuses mais plus de mouvements choréiques.

Existence à la visite (octobre) d'une vaste plaque d'anesthésie couvrant la région épigastrique, partie de la région antérieure de la poitrine, plaques peu étendues au coude, cou, mollet, champ visuel rétréci, plus de réflexe pharyngé.

OBSERVATION XIII (Bondet).

Clément R.... 18 ans entré le 18 février, sorti le 18 avril 1885.

Antécédents héréditaires. — Pas de maladies nerveuses dans la famille.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 5 ans ; jamais de rhumatisme. Depuis quelque temps mémoire faible, caractère irritable.

Début brusque de l'affection actuelle, il y a trois semaines : s'étant couché bien portant, il se réveille le lendemain avec des mouvements incoordonnés dans les membres du côté gauche ; la chorée a augmenté pendant 15 jours, mais elle a diminué dans la dernière semaine. Le malade prétend que les mouvements augmentent d'intensité tous les 2 jours.

État actuel. — Hémichorée gauche ; les mouvements involontaires sont très prononcés dans le bras, à peine visibles dans la jambe ; quelques grimaces dans la moitié gauche de la face, secousses spasmodiques du diaphragme et des muscles postérieurs du côté gauche du tronc. Lorsque les mouvements diminuent dans le bras gauche, ils augmentent dans la jambe du même côté.

Pas de troubles de la sensibilité, sauf un peu d'hyperesthésie du côté affecté ; rien d'autre est noté au point de vue de l'hystérie.

Rien au cœur.

10 mars. — Le malade a eu dans la soirée et dans la nuit de violentes crises hystériques.

28. — Depuis les attaques convulsives, les mouvements ont rapidement diminué ; aujourd'hui le malade est complètement guéri.

OBSERVATION XIV (Perret).

Catherine D... 8 ans, entrée le 20 décembre 1891.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère morte.

Antécédents personnels. — Pas de maladie aiguë, jamais de rhumatisme.

Début de l'affection actuelle sans cause appréciable.

État à l'entrée. — Ce qui frappe d'abord, c'est l'émission d'une série de cris, intermédiaires entre l'aboïement et le hoquet, accompagnés de secousses convulsives du thorax et du diaphragme, se succédant rapidement, au point qu'elles empêchent la malade de parler. Ces secousses sont rythmées, se produisent continuellement depuis 15 jours et ne cessent que pendant le sommeil.

En même temps, on constate dans tout le corps de légers mouvements incoordonnés et involontaires sans rythme aucun : quelques grimaces de la face ; la langue bouge quand on la fait tirer ; les yeux sont presque toujours en mouvement, le regard est instable, du côté des membres, les mouvements sont plus prononcés à gauche.

La sensibilité générale au contact, à la piqure et à la température paraît moins nette à la jambe gauche et au bras droit ; cette diminution serait donc croisée, mais pourrait être sujet à contestation en raison de l'âge de la malade.

Rien du côté des muqueuses linguale et nasale ; anesthésie de la conjonctive et du pharynx.

Les organes des sens ne sont pas notablement affectés, cependant la malade dit qu'elle sent moins bien de la narine gauche et qu'elle ne voit presque pas de l'œil gauche. Il est impossible de prendre le champ visuel.

Pas de points hystérogènes ; un peu d'hysperesthésie ovarienne : pendant la compression de l'ovaire gauche, l'aboiement s'arrête brusquement et définitivement. Réflexes plantaires peu marqués.

30 décembre. — Les mouvements choréiques légers des membres et de la face persistent. La chorée diaphragmatique, disparue depuis dix jours est revenue hier soir ; l'accès, beaucoup plus intense, a duré une demi-heure et s'est arrêté lorsque la malade s'est endormie. Elle n'a pas reparu ce matin.

2 janvier 1892. — Mouvements choréiques à peine marqués ; la chorée diaphragmatique n'a pas reparu. Rien au cœur.

OBSERVATION XV (Dettling, Lyon).

Marguerite V..., 8 ans ; actuellement en traitement.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant ; mère hystérique ; pas de rhumatisme.

Antécédents personnels. — Coqueluche à 3 ans, rougeole à 4 ans, diphtérie légère à 7 ans ; pas de rhumatisme.

La malade a eu 5 ou 6 crises, avec des mouvements cloniques, la première à 9 mois, la dernière à 2 ans ; caractère très mobile, pleurs faciles ; elle est très nerveuse, s'impatiente vite, paraît intelligente.

La nuit, elle se réveille souvent en poussant des cris, ou bien se lève et se promène ; maux de tête survenant brusquement, sans cause, durant une heure et disparaissant de même.

Début de la chorée, il y a 6 semaines, à la suite d'une frayeur, que lui

auraient causée des loupes qui la suivaient dans l'escalier pour la manger.

Mouvements généralisés d'emblée, ayant augmenté pendant les 15 premiers jours. Affaiblissement notable de la mémoire depuis le début de l'affection.

Etat actuel. — Chorée généralisée peu intense, affectant surtout les doigts et les orteils ; grimaces de la face ; la langue bouge continuellement, quand on la fait tirer.

Dans le bras droit, surviennent de temps en temps des contractures, qui durent $1/4$ à $1/2$ heure, immobilisant le coude à angle droit et sont très douloureuses ; elles existaient déjà avant, mais sont plus fréquentes depuis le début de la chorée.

Hyperesthésie généralisée ; la malade tressaute au moindre contact.

Ovarie double douloureuse ; points douloureux multiples au niveau du vertex de la 7^e cervicale des mamelons, à la pointe de l'omoplate, dans les flancs.

Anesthésie de la conjonctive, pas d'anesthésie du pharynx. Rien de spécial du côté des organes des sens ; pas de rétrécissement notable du champ visuel.

De temps en temps, sensation de boule hystérique ; accès de rires et de pleurs sans motifs.

Rien au cœur.

OBSERVATION XVI (Dettling).

Anna C..., 28 ans, lingère ; entrée le 9 janvier, sortie le 17 février 1889 ; revenue à la consultation externe.

Antécédents héréditaires. — Père mort phthisique, mère morte d'une péritonite aiguë, trois frères et une sœur bien portants. Pas de rhumatisme.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade ; réglée à 15 ans, toujours régulièrement.

A 23 ans, mouvements choréiques du bras et de l'épaule gauches très limités, quatre mois après une pelvi-péritonite puerpérale ; pendant un an et demi, alternatives d'amélioration et d'aggravation, la tête, la jambe gauche et le bras droit se prenant de temps en temps, la jambe droite n'a jamais été atteinte.

Etat actuel. — Chorée peu intense, limitée au côté gauche ; la tête bouge un peu.

8 février. — Les mouvements ont disparu, mais une émotion suffit

pour les ramener. La malade est très énervée et pleure à tout moment.

Sensibilité générale intacte ; ouïe complètement abolie à gauche, normale à droite ; odorat et sensation gustative diminués à gauche.

Sensation fréquente de boule hystérique ; la pression dans la fosse iliaque gauche détermine un énervement général.

15 avril. — Depuis 15 jours, réapparition de la chorée, localisée du côté droit.

24 juillet. — Disparition des mouvements arythmiques, hémianesthésie gauche complète : la malade n'accuse qu'une légère douleur, quand on traverse la peau de part en part avec une épingle.

12 février 1890. — Quatrième attaque de chorée, localisée dans le bras droit ; grande émotivité. Second séjour dans le service, pendant lequel elle ne présente ni crise, ni trouble de sensibilité.

24 novembre. — Il y a 15 jours à la suite d'une contrariété, elle a pris une crise avec mouvements convulsifs et perte de connaissance ; puis les mouvements choréiformes sont revenus dans le bras droit et la moitié droite de la tête, s'accompagnant d'hémianesthésie et d'ovarie gauches.

8 janvier 1891. — Depuis 3 jours, contractures et hyperesthésie de la jambe gauche ; spasmes musculaires douloureux dans la région antérieure de la cuisse. — Sortie.

OBSERVATION XVII (Dettling).

Adèle V... dévideuse, 19 ans ; premier séjour du 16 avril au 15 octobre 1890, second séjour du 4 février au 9 avril 1891.

Antécédents héréditaires. — Père ivrogne, mère bien portante.

Antécédents personnels. — Rougeole à 5 ans ; jamais de rhumatisme.

A 8 ans, première attaque de chorée, qui dure 6 mois ; depuis, bonne santé, sauf des accès de tremblement.

A 15 ans, première crise, puis deuxième attaque de chorée accompagnée de nouvelles crises (12 en quatre mois).

Premier séjour. — Elle entre pour ses crises, précédées de vus, de bégaiement ; rien d'anormal du côté de la sensibilité générale ou spéciale.

Deuxième séjour. — Les crises ont augmenté et les mouvements choréiques ont reparu ; ils sont peu intenses, gênent néanmoins la marche et la parole ; les mains sont maladroites.

Une crise par semaine, précédée pendant deux jours d'une augmentation des mouvements choréiques.

Mémoire mauvaise, caractère capricieux. Pas de troubles de sensibilité.

Rien au cœur.

25 septembre 1891. — La malade revient à la consultation avec des mouvements choréiques ; crises tous les 8 jours.

OBSERVATION XVIII (Bonnaud, Lyon).

Marie P.... 10 ans, entrée le 13 octobre, sortie le 22 décembre 1890.

Antécédents héréditaires. — Parents en bonne santé n'ont jamais eu de rhumatisme. La mère a eu trois grossesses et à chacune d'elles, vers le troisième ou quatrième mois, elle a eu des mouvements choréiques qui sont allés en s'aggravant jusqu'à la fin de la grossesse, pour disparaître un mois après l'accouchement ; elle n'est pas cardiaque et ne présente aucun signe stéthoscopique du côté du cœur.

Antécédents personnels. — Rougeole, il y a deux ans ; jamais de rhumatisme ni d'autres affections graves.

L'an dernier elle eut de la chorée consécutive à une frayeur ; les mouvements survinrent le lendemain et durèrent trois mois.

Cette année nouvelle attaque de chorée brusquement et sans cause appréciable, il y a 2 mois.

État actuel. — Chorée peu intense généralisée aux quatre membres. Pas d'hémianesthésie, mais la sensibilité au contact et à la douleur est très émoussée ; pression ovarienne douloureuse, mais elle ne détermine pas de sensation de constriction à la gorge ; anesthésie du pharynx.

A l'auscultation, on entend dans toute la région précordiale un souffle systolique, dont le maximum est au niveau du troisième espace gauche, près du sternum ; il se propage peu vers l'aisselle et s'atténue par les fortes inspirations, mais ne change pas par les positions de la malade.

10 décembre. — La chorée est presque complètement guérie par l'arsenic et les bains sulfureux. Même état du cœur, bruit de rouet dans les vaisseaux du cou, souffle oculaire.

22. — Absence complète des réflexes plantaire et pharyngien ; la sensibilité générale est toujours émoussée, plus d'ovarie.

OBSERVATION XIX (Bonnaud, Lyon).

Sophie L... 13 ans, trois séjours à la Charité.

Antécédents personnels. — Rougeole et coqueluche dans son jeune âge ; jamais de rhumatisme.

Premier séjour du 22 avril au 1^{er} juillet 1880. — Début des mouvements, il y a 15 jours, par le membre supérieur gauche. Actuellement la chorée siège presque exclusivement de ce côté et s'accompagne d'une grande faiblesse musculaire. Incontinence nocturne d'urine, depuis le début de la chorée, ovarie.

Rien au cœur.

Deuxième séjour du 14 juillet au 8 septembre 1880. — La malade était sortie à peu près guérie : depuis 8 jours les mouvements sont revenus plus forts. Dans les trois derniers jours, avant sa rentrée, trois accès de convulsions cloniques sans perte de connaissance.

Actuellement chorée généralisée, intense, plus accusée à gauche qu'à droite : hyperesthésie ovarienne, analgésie à gauche ; incontinence nocturne.

Rien au cœur.

8 septembre. — Elle n'a pas repris de crises, plus d'incontinence. Sortie complètement guérie.

Troisième séjour du 23 mai au 18 juin 1881. — Depuis 15 jours réapparition de légers mouvements à gauche ; incontinence nocturne.

18 juin. — Elle sort guérie ; plus d'incontinence depuis 5 jours.

OBSERVATION XX (Bonnaud, Lyon).

Jeanne L... 13 ans, premier séjour, du 18 octobre au 13 novembre 1873, second séjour du 18 décembre 1873 au 30 janvier 1874.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter.

Antécédents personnels. — Rougeole dans son jeune âge ; ophthalmie scrofuleuse guérie et engorgement des ganglions cervicaux disparu depuis un an.

Elle est réglée depuis 4 mois ; il y a une huitaine de jours à l'époque menstruelle, apparut une contracture des membres gauches, accompagnée d'actes inconscients et déraisonnables qui durèrent une journée seulement.

État actuel. — Persistance de la contracture au membre supérieur gauche ; avant-bras fléchi sur le bras, doigts dans la position d'une main qui tient une plume.

Etat général bon, la pression ovarienne n'est pas douloureuse ; anesthésie cutanée très prononcée, de temps en temps, sensation de boule hystérique.

4 novembre. — Depuis son entrée les accès de contracture ont reparu tous les soirs, durant une demi-heure à trois heures.

14. — Pas d'accès depuis le 4 novembre. — Sortie.

18 *décembre*. — La malade revient avec des mouvements choréiques, survenus spontanément quelques jours avant la menstruation. Les règles exaspèrent fortement ces mouvements qui occupent la face, l'appareil phonateur et les membres, avec prédominance à gauche.

Rien au cœur.

Douleur à la pression dans la fosse iliaque gauche.

La contracture, qui avait nécessité un premier séjour à la Charité n'a plus reparu.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES.

XXI. — (Laveran, *Bull. Soc. des hôp. de Paris*, 1891).

Jeune soldat, atteint à la suite d'une violente émotion, de mouvements choréiques ayant les caractères habituels de ceux de la chorée de Sydenham ; en même temps crises d'hystérie, hyperesthésie générale des téguments ; à la suite de la première crise il avait présenté de l'aphasie transitoire et un certain degré de bégaiement, rappelant le bégaiement hystérique.

XXII. — (Hocquet), Paris, 1888.

Louise A... prise à 7 ans de crises d'hystérie, qui s'atténuent vers l'époque de l'apparition des premières règles et disparaissent complètement vers 19 ans.

A 22 ans, premier accès de chorée, d'abord généralisée, puis localisée à la tête et accompagnée de photophobie intense. L'année suivante, aphonie brusque, disparaissant au bout de trois semaines et manifestations hystériques à forme pseudo-méningitique.

A 25 ans, enceinte de 3 mois, elle prend une nouvelle attaque de chorée très intense, avec prédominance du côté gauche ; elle dure deux mois et demi et est accompagnée de fréquentes crises d'hystérie (52 en 10 jours), de somnambulisme spontané, d'hémianesthésie complète droite, apparaissant brusquement, et de l'abolition de l'ouïe du même côté, guérie par suggestion hypnotique. — Après 15 jours de repos, réapparition brusque de mouvements choréiques intenses, à la suite de trois crises d'hystérie ; ils durent 3 jours. — Nouveau répit de 15 jours et nouvelle apparition de la chorée avec aphonie, hémianesthésie du côté droit et anesthésie-sensitivo-sensorielle du côté gauche ; durée 1 mois et terminaison après parturition.

XXIII. — (Hocquet), Paris, 1888.

Mariette V... de père rhumatisant, de mère nerveuse.

Crises d'hystérie fréquentes, parfois deux par jour, jusqu'au moment de la première menstruation ; puis elles diminuent de fréquence et d'intensité.

A 15 ans, première atteinte de chorée généralisée aux quatre membres ; après sa disparition, les crises recommencent avec la même intensité, mais leur nombre diminue beaucoup.

A 18 ans, dans le troisième mois de sa première grossesse, deuxième accès de chorée, localisée aux membres du côté gauche et accompagnée d'hyperesthésie localisée du même côté, d'ovarie prononcée, de points hystérogènes très douloureux au niveau du vertex et sous le mamelon droit.

XXIV. — (Marie, 1886).

Petite choréique qui présentait de la façon la plus certaine des manifestations hystériques, attaques convulsives, mutisme, ovarie très marquée.

XXV. — (Charcot, 1887).

Jeune fille de 16 ans, atteinte pour la seconde fois de chorée et présentant en même temps une hémianesthésie droite, une ovarie du même côté et d'autres stigmates d'hystérie.

XXVI. — (Tabacs, Pester, *Med. Presse*, 1878).

Chorée chez une jeune fille de 16 ans très nerveuse ; crises de larmes, affaiblissement de la mémoire.

Récidive à 19 ans avec crises de rires, hallucinations, sensation de boule.

XXVII. — (Cadet de Gassicourt, *Mal. de l'Enfance*).

Garçon atteint de chorée généralisée, prédominante du côté gauche, anesthésie, analgésie et augmentation de la sensibilité au bras gauche.

XXVIII. — (Brouardel, *Gazette des Hôp.*, 1874).

Jeune fille de 17 ans atteinte de chorée. Aucun antécédent rhumatismal, ni chez elle, ni chez ses parents ; menstruée régulièrement depuis l'âge de 12 ans, mais chlorotique et portant à la base et au premier temps un souffle doux qui se prolonge dans les vaisseaux.

Jamais de grande crise d'hystérie, mais, plusieurs fois, sensation d'étouffement et d'étranglement ; caractère mobile, impressionnable.

Anesthésie irrégulièrement distribuée, complète dans certaines zones, à côté desquelles on trouve une sensibilité normale et même de l'hyperesthésie ; d'une manière générale ces troubles prédominent à droite.

XXIX. — (Russell, cité d'après Cadet de Gassicourt).

Jeune fille présentant une hémichorée droite accompagnée de troubles de sensibilité, d'impulsions auditives, gustatives et olfactives, moins vives à droite qu'à gauche.

XXX. — (Addisson, *L'Expérience*, 1837).

Jeune fille de 17 ans ; à la suite d'une frayeur, suspendant l'écoulement menstruel, elle présente aussitôt des accès hystériques et des tremblements involontaires, trois mois plus tard, apparaissent des crises convulsives et, depuis lors, les mouvements choréiques diminuent d'intensité et finissent par disparaître.

SÉRIE B.

Chorées infectieuses.

OBSERVATION I (personnelle, Hôpital St-Antoine, Lille).

Rhumatisme. — Affection cardiaque. — Pleurésie et chorée débutant avec la pleurésie.

Van H. Marie... 10 ans, entre le 31 octobre 1892.

Antécédents. — Elle aurait eu une légère attaque de rhumatisme l'an dernier. Chez ses parents on ne trouve rien que la tare rhumatismale.

Il y a 15 jours, elle se plaignit de douleurs dans la jambe gauche, puis dans la région précordiale, accompagnée de fièvre intense, ses douleurs n'ont pas cessé depuis lors. Actuellement on constate une teinte subictérique qui daterait de 4 ans. L'enfant se plaint d'être essoufflée. Les battements du cœur sont forts et précipités, et soulèvent en masse la paroi thoracique à chaque systole. On entend à la pointe un dédoublement du second bruit et un souffle se produisant aux deux temps dont le maximum siège à droite du sternum. Rien à la base.

Dans le 1/3 inférieur du poumon gauche en arrière on constate de la matité à la percussion avec égophonie.

1^{er} novembre. — Les phénomènes stéthoscopiques n'ont pas varié, les membres inférieurs sont légèrement œdématiés.

2 et 3. — *Statu quo.*

4. — Dans l'après-midi d'hier on s'est aperçu que l'enfant avait des mouvements incoordonnés des membres et s'agitait d'une manière continue. En même temps grimaces. Ces mouvements se sont accrus progressivement à tel point qu'on a eu de la peine à la maintenir dans son lit, l'insomnie a été complète. Jusque hier, l'enfant buvait et mangeait elle-même, hier soir ce fut impossible, elle jette le lait de sa tasse de tous côtés.

Ce matin, l'agitation et les mouvements persistent, la chorée est manifeste.

Comme prodromes, on a noté que depuis son entrée, l'enfant est triste, répond lentement et difficilement aux questions, a de la peine à se tenir tranquille quand on l'examine. Les muscles du tronc présentent aussi des contractions irrégulières. Les battements du cœur sont toujours très rapides, plus forts que normalement. Au niveau de la pointe, les battements sont sourds mais il n'y a pas de bruit de souffle. On entend encore à la partie inférieure du bord droit du sternum, un bruit soufflant superficiel systolique.

5. — Les mouvements choréiques sont un peu moins rapides, l'enfant n'a presque pas dormi.

6. — Les mouvements choréiques diminuent très notablement. Quand la malade est au repos, non excitée, les mouvements sont rares. Presque plus de grimaces. L'enfant a bien dormi, elle n'a pas pris cependant le chloral qui avait été ordonné.

7. — Amélioration très considérable, mouvements à peine appréciables quand l'enfant est au repos. Sommeil bon sans chloral.

8. — L'enfant peut enfiler des perles facilement, c'est ainsi qu'elle s'amuse.

9. — Depuis 2 jours l'enfant a de la fièvre, l'épanchement pleurétique a augmenté et remonte jusqu'à l'angle interne de l'omoplate.

11. — La fièvre baisse un peu.

13. — Thoracentèse ; on enlève 300 grammes de liquide citrin.

15. — Les battements du cœur sont beaucoup moins tumultueux.

Le bruit de souffle entendu précédemment vers l'appendice xyphoïde à droite a pris un caractère confus et ressemble à un bruit de va-et-vient soufflant.

19. — L'épanchement s'est reproduit à gauche, on fait une nouvelle ponction, on retire 300 grammes de liquide citrin, laissant après quel-

ques minutes un coagulum albumineux volumineux. A droite on note de la matité à la base avec absence de murmure vésiculaire.

20. — Il reste un peu de matité à la base gauche, à droite *statu quo*.

25. — A gauche la matité persiste à la base, mais dans une hauteur de quelques centimètres seulement. On entend des frottements pleurétiques très rudes, quelques frottements-râles dans le voisinage. L'enfant n'accuse aucune douleur.

A droite il persiste un peu de matité.

Il y a une légère voussure de la région précordiale, la pointe du cœur bat dans le 5^e espace, mais en dehors du mamelon. On entend difficilement le souffle qui siègeait à l'appendice xyphoïde à la pointe du cœur souffle systolique prolongé et dédoublement du 2^e bruit. A la base, le 1^{er} temps ne s'entend pas ou presque pas, il est remplacé par un souffle marqué par le claquement des valvules aortiques.

30. — Frottements, râles de retour à la base droite. La matité a beaucoup diminué. A gauche la matité qui subsistait a également diminué. On n'entend plus le dédoublement du second bruit à la pointe du cœur, l'enfant devient plus gaie.

3 décembre. — L'enfant peut être considérée comme guérie.

OBSERVATION II (inédite, recueillie par M. Drappier). Hôpital des enfants (Lille). — *Rhumatisme*. — *Chorée grave*.

Alida D..., 14 ans.

Jusqu'au dimanche 18 janvier 1891, on ne remarque rien, mais ce jour, après une promenade l'enfant se plaint de douleurs dans les jambes, de céphalalgie et refuse de manger.

19 janvier. — Le lendemain, on remarque un changement de caractère, l'enfant est devenue triste, irritable, pleure sans motifs. Elle sort de nouveau et se plaint au retour de céphalée, de douleurs dans les membres.

20. — L'enfant souffre tellement des jambes qu'elle reste au lit. La céphalée, l'inappétence continuent, fièvre. Elle reste dans le même état jusqu'au 23.

23. — On note un gonflement du poignet gauche, et de l'articulation tibio-tarsienne du même côté.

25. — Quelques grimaces de la face. Les parents n'ont rien remarqué de particulier pour les membres.

Du 26 au 29 janvier. — Les mouvements ont continué en s'exagérant et il n'y avait aucun mouvement apparent des membres. Elle lit et

tient son livre elle-même mais depuis le 26, l'enfant a de l'embarras de la parole. Par contre les douleurs dans les articulations du poignet et tibio-tarsiennes gauches ont disparu progressivement avec le gonflement et la céphalée. Le 27 il n'y avait plus rien de ce côté. Le 28 au matin on constate que l'enfant a eu une miction involontaire.

29. — Nouvelle miction involontaire la nuit dernière. L'enfant a mangé passablement, toutefois l'appétit n'est plus ce qu'il était avant la maladie. Elle saisissait et tenait les objets sans aucune gêne ni mouvements désordonnés.

30. — Dans la nuit dernière, sommeil agité, l'enfant se découvrait fréquemment, la mère l'a entendu frapper souvent le bois de lit, et le matin on s'apercevait que bras et jambes étaient affectés de mouvements désordonnés avec prédominance à droite. L'enfant a poussé à plusieurs reprises des cris aigus involontaires sans motifs, avec larmes et disait ensuite ne pas souffrir. Elle entre à l'hôpital.

31. — Dans la nuit dernière l'enfant a été prise d'une agitation extrême, tellement qu'il fallait plusieurs personnes pour l'empêcher de se précipiter hors de son lit. Malgré cela, l'enfant avait pleine connaissance. Elle se plaint de nouveau du poignet gauche qui est devenu tuméfié.

On ordonne 4 gr. 50 d'antipyrine par jour. La température atteint 40°,6 le soir.

1^{er} février. — Nuit très agitée, cris continuels malgré le chloral. Elle n'a dormi qu'un 1/4 d'heure. Ce matin 38°. La tuméfaction du poignet a disparu. La parole est très difficile, saccadée. Antipyrine 4 gr. 50.

2. — La nuit a été meilleure grâce au chloral et au sirop diacode. La température atteint ce matin 38°5.

L'enfant s'agite tellement qu'on doit l'attacher sur un fauteuil et qu'on a de la peine à l'y maintenir.

La peau des poignets (face externe) et des genoux est érythémateuse par suite des frottements. Même traitement (44 gr. d'urée par litre d'urine).

3. — Amélioration progressive. L'enfant ne fait plus que quelques grimaces espacées. Elle peut marcher. Les mouvements persistent dans le bras droit mais très atténués.

6. — Les mouvements choréiques sont à peu près suspendus complètement au repos. Pendant la marche ils s'exagèrent un peu.

7. — Diarrhée. On voit à la face interne de la lèvre inférieure une

ulcération grisâtre, qui existerait depuis plusieurs jours, elle tient au frottement incessant de la lèvre contre les incisives.

8. — La diarrhée continue malgré le traitement. La nuit a été moins bonne que de coutume, les mouvements choréiques sembleraient revenir un peu. On rend 4 gr. 50 d'antipyrine par jour.

9. — La diarrhée a cessé. Les mouvements choréiques reviennent un peu. Elle a beaucoup de peine à écrire quelques mots. Les réponses sont faciles. Rien au cœur. Urines 1 litre $1/2$, 14 grammes d'urée.

11. — L'agitation devient extrême et presque aussi forte que le jour de l'entrée de la malade. M. Augier fait suspendre l'antipyrine et ordonne 2 grammes de bromure de potassium, 2 grammes de chloral le soir. La diarrhée a repris et dure toute la journée. Les urines deviennent plus rares ($3/4$ de litre), on trouve 17 gr. $1/2$ d'urée par litre.

12. — Amélioration légère, l'enfant ne peut écrire son nom, n'a presque pas dormi la nuit. Traitement : 2 grammes de K B, 3 grammes de chloral.

13. — On reprend l'antipyrine, 3 grammes de K Br.

14. — Selles involontaires. A bien dormi la nuit. Agitation aussi grande que la veille. Elle a une certaine peine à parler. Hébétude et stupeur très prononcées. La température atteint $39^{\circ}2$ le matin.

15. — Fièvre intense, la température a atteint $40^{\circ}1$ au moment de la visite. Agitation violente, nuit passable. Selles involontaires, persistance de l'ulcération de la lèvre inférieure. Rien au cœur. Les battements en sont un peu faibles. M. Augier ordonne 3 grammes de K Br. en deux fois. Sirop de chloral et sirop diacode, un bain tiède d'une demi-heure dans l'après-dîner.

Le bain fait tomber la température de $39^{\circ}2$ à $38^{\circ}3$. L'enfant dort de 2 à 7 heures. Elle a pris un gramme de chloral à 2 heures.

16. — Agitation moindre, moins de grimaces, mais faiblesse musculaire très grande. L'enfant peut à peine se soulever sur son lit. Hébétude; ne répond que par oui et par non ou par signes de tête. A essayé en vain d'écrire par suite de la faiblesse et de l'incoordination. Température du matin $38^{\circ}5$, du soir 4 heures $39^{\circ}9$, le bain l'amène à 37° , le soir lotion froide.

24. — L'amélioration continue ; bain sulfureux, le soir 2 gr. $1/2$ d'antipyrine.

25. — Quelques grimaces de la face, presque plus rien dans les membres ; léger souffle systolique à la pointe du cœur.

Les jours suivants même état, il y a toujours quelques mouvements choréiques surtout dans les actes rétentionnels.

Bains tous les 2 jours.

1^{er} mars. — L'état de la malade reste le même sans amélioration notable, on rend 3 grammes d'antipyrine.

3. — *Statu quo*. M. Augier ordonne 1 gr. 50 d'antipyrine en 3 fois et chloral.

8. — Amélioration. L'enfant est calme quand on ne s'occupe pas d'elle, mais si on lui fait écrire son nom, elle ne peut le faire.

12. — Moins d'hésitation dans les mouvements commandés. Ecrit son nom sans trop de difficultés.

Ne prendra plus que 2 bains sulfureux par semaine.

13. — On permet à l'enfant de se lever. Elle écrit et lit assez facilement. 19 gr. 1/2 d'urée par litre.

17. — L'enfant mange seule et marche pendant presque toute la journée, mais il existe encore de l'hésitation de certains mouvements.

29. — L'enfant est complètement guérie. Depuis plus de 8 jours les mouvements choréiques étaient entièrement supprimés et l'état général excellent.

OBSERVATION III (Von Starck, in *Arch. Kinderheilkunde*, due à l'obligeance de M. le professeur Augier).

Chorea minor acutissima. Terminaison mortelle à la suite d'une angine diphthéritique légère, 3 semaines après le début de la chorée.

Sophie K... 13 ans. Pas d'antécédents familiaux ; ses parents n'ont eu aucune maladie nerveuse, pas d'aliénation mentale.

A eu la scarlatine il y a 2 ans, est restée souffrante depuis lors d'après la mère quoique elle se soit bien développée, car elle est forte et grosse, son appétit a toujours été excellent. Changement de caractère qui est devenu capricieux, irritable, difficile à diriger.

Le 14 décembre 1889, apparition de mouvements choréiques qui acquièrent rapidement une grande fréquence et rapidité ; persistent la nuit et s'opposent presque entièrement au sommeil. Ils deviennent de jour en jour plus prononcés. La marche et la station debout sont impossibles. Malgré une alimentation soignée et abondante, les forces déclinent beaucoup de telle sorte que cette enfant auparavant forte et florissante arrive très amaigrie et déprimée à l'hôpital des enfants.

Etat à l'entrée. — 28 décembre 1889.

Enfant très amaigrie, face grimaçante, stupide ; nombreuses exco-

riations superficielles de la peau au niveau du dos et des extrémités.

Mouvements choréiques extrêmement intenses, il faut matelasser le lit pour empêcher l'enfant de tomber ou de se blesser. Contractions incessantes des muscles de la face et de la langue, parole presque inintelligible. Alimentation très difficile, l'intelligence paraît saine.

Rien à l'auscultation et à la percussion du thorax, pas de lésions officielles appréciables.

Pouls petit, dépressible, régulier, 150 à 160 pulsations.

Rien dans l'abdomen, constipation.

Appétit bon, urines normales. Temp. 37°3.

La menstruation n'est pas établie.

Traitement : arsenic, fer, bromure de potassium à doses élevées et 2 bains chauds par jour. Ces derniers furent interrompus au 2^e ainsi que les enveloppements par le drap mouillé à cause de leur effet excitant.

Les mouvements choréiques continuaient nuit et jour interrompus par 1 à 2 sommes de 1/4 d'heure. Le bromure de potassium n'eut aucune action (le chloral à la dose de 1 gr. 4 à 6 fois en 24 h.) détermina un sommeil de 1/2 heure ; seule une injection sous-cutanée de 11 centigrammes de morphine, combinée avec l'ingestion de 2 grammes de chloral provoqua un sommeil de plusieurs heures pendant lequel toutefois les mouvements choréiques ne furent pas complètement supprimés.

Quoiqu'on pût obtenir pendant 2 nuits 5 à 6 heures de sommeil et que pendant le jour les mouvements fussent moins intenses, cependant l'état général devint plus mauvais, l'intelligence baissa, du délire de persécution se produisit, l'enfant refusa de s'alimenter.

Malgré tous les soins apportés il se produit une eschare au sacrum. Dans la nuit du 2 au 3 janvier 1890 la fièvre apparaît brusquement, on ne peut prendre la température à cause de la violence des mouvements choréiques.

3 janvier. — Température du matin 40°, les mouvements choréiques se ralentissent, on trouve sur les amygdales tuméfiées des pseudo-membranes grisâtres avec adénite sous-maxillaire. Pouls faible et petit 180, alimentation presque nulle. Incontinence des matières fécales et urines. La température tombe à 38°5 à la suite de l'administration d'antipyrine, cependant, les mouvements choréiques ne reparaissent pas, ils diminuent même encore d'intensité.

4. — Nuit sans sommeil, temp. 39°2, pouls filiforme, mouvements

choréiques peu prononcés. Etat stationnaire de la gorge. Mort à 5 heures.

Autopsie au bout de 48 heures. Résumée.

Emphysème pulmonaire, rien dans les plèvres ni le péricarde. Congestion de la base inférieure des poumons avec quelques petites ecchymoses à droite, à gauche foyer hémorragique. — Le cœur est hypertrophié, surtout le ventricule gauche, le ventricule droit est dilaté. Les valvules aortiques, artérielles et tricuspides sont saines. Les bords de la valvule mitrale sont épaissis et présentent une série d'excroissances verruqueuses, les unes récentes, les autres anciennes.

Amygdales tuméfiées recouvertes d'un enduit grisâtre, adhérent et présentant des lésions nécrosiques.

Rougeur intense de la muqueuse du pharynx et des voies respiratoires, jusque dans les plus fines bronches.

Tuméfaction de la glande thyroïde et des ganglions péribronchiques de la rate.

Rien au foie ni aux reins.

Centres nerveux. — Les méninges ne présentent rien de particulier. La substance cérébrale est très molle, la surface de coupe présente des taches ecchymotiques plus ou moins nombreuses.

Légère dilatation des ventricules qui contiennent un peu de liquide sanguinolent. Dans la partie de la substance blanche située au-dessus du corps strié gauche, on trouve un foyer volumineux et 2 foyers plus petits d'une coloration brun rougeâtre. A droite à la hauteur de la commissure médiane, tout près du corps strié on trouve un foyer de même nature. Rien dans le cervelet, le bulbe ni la moelle.

En résumé : Diphtérie des amygdales, *trachéobronchite*, *endocardite mitrale récente et ancienne*. *Infarctus hémorragiques du lobe inférieur pulmonaire gauche*, *embolies multiples* dans le voisinage du corps strié.

L'examen microscopique du cerveau et de la moelle n'a donné aucun résultat particulier.

Conclusion : Certainement la lésion diphtéritique de la gorge quoique peu importante a hâté la mort qui était d'ailleurs très prochaine. Les lésions mitrales n'avaient pas encore donné naissance à des signes appréciables pendant la vie ; les lésions anciennes dataient de 1 à 2 mois avant le début de la chorée. Ces lésions ont provoqué l'infarctus du poumon gauche et les embolies presque symétriques situées dans le voisinage du corps strié.

On remarquera que l'enfant n'avait à aucune époque été atteint de rhumatisme articulaire, que l'enfant était souffrante depuis une scarlatine contractée 2 ans auparavant et que la chorée est apparue dans le cours d'une *endocardite*.

L'infection datait probablement du moment où elle contracta la scarlatine ; restée torpide pendant 2 ans, elle se développa et produisit endocardite et chorée.

OBSERVATION IV (G.. Sée, *Méd. moderne*, 28 janvier 1892).

25 janvier 1845. — Hôpital des enfants.

Clémence Lef... âgée de 9 ans $1/2$ d'une constitution assez grêle, d'un teint pâle, d'une maigreur assez prononcée a cependant joui d'une bonne santé jusque dans ces derniers temps ; elle n'a même pas eu d'indispositions ni de souffrances passagères.

Début de la chorée. — Il y a 3 semaines, elle fut prise sans cause connue, de douleurs vives dans les genoux et presque en même temps se manifestèrent des mouvements singuliers dans le bras gauche ; la jambe traînait en marchant, et peu de jours après le début de ces phénomènes, le visage devint le siège de contorsions et de grimaces.

Quand la malade entra à l'hôpital, elle pouvait à peine se tenir, tellement la puissance musculaire était affaiblie à gauche ; la marche était impossible, de même la station assise et, pour contenir l'enfant, on fut obligé de l'étendre sur un matelas !

Dans toutes ces positions, les mouvements des bras sont presque continuels ; la tête s'agite sans cesse sur le tronc ; des contractions continuelles sillonnent le visage et lui communiquent les expressions les plus bizarres : les yeux roulent dans les orbites, les paupières et les sourcils se contractent et se relâchent alternativement et de temps en temps, la langue vient heurter contre les lèvres en produisant un bruit de soupape.

Tous ces mouvements sont presque continuels et rien ne les arrête ; les fonctions musculaires sont incohérentes et manquent de précision : ainsi, il lui est impossible de manger et de boire seule ; si on lui donne à tenir un objet peu volumineux, elle ne parvient à le garder dans sa main qu'en le laissant reposer sur le creux palmaire ou sur l'angle formé par les doigts fléchis pendant tout le temps que les muscles se

relâchent. En confiant un doigt à la malade, on sent mieux encore que les contractions manquent de force statique, et qu'à chaque instant elles cessent pour recommencer. On le voit encore aux mouvements de la langue, car, quand elle sort de la bouche, il lui est impossible de se maintenir au dehors dans l'état de repos. La parole est difficile, embarrassée et accompagnée d'une augmentation sensible des contorsions ; la mastication et la déglutition sont également difficiles.

Etat général. — Cependant l'intelligence, la mémoire, les fonctions digestives sont parfaitement intactes. Le poulx est calme, petit, sans augmentation de fréquence ; les artères ne font entendre aucun bruit anormal ; la matité du cœur, au contraire, paraît augmentée (5 cent. carrés), et le premier bruit, sensiblement prolongé et très retentissant, est accompagné d'une sorte de claquement métallique, éclatant et perceptible dans toute la région précordiale.

L'impulsion de la pointe est énorme ; on la voit, et à la main on sent un frémissement très marqué des parois thoraciques.

Comme cause de la chorée, on apprit seulement que l'enfant avait eu une frayeur quelques jours avant de tomber malade.

TRAITEMENT. — Vin de Bordeaux, 3 verres par jour.

Le 1^{er} jour l'enfant prit le vin à contre cœur et le vomit, le 2^e fut toléré et produisit une légère augmentation des mouvements qui ne tardèrent pas à diminuer jusqu'à ce qu'on administrât le 3^e qui fut suivi d'agitation, puis de calme parfait.

Le 2^e jour, 2 verres de vin chaque repas. Vomissement après le 1^{er} repas. Commencement d'ivresse après le second, les mouvements étaient plus énergiques pendant tout le temps de l'échiter, ils diminuèrent ensuite jusqu'au calme parfait après 4 à 5 heures.

Le 3^e jour à la visite l'enfant pouvait se tenir et marcher sans trop de contorsions.

On continua ainsi pendant 18 jours. Les progrès sur la guérison se firent graduellement et secrétèrent. On associa alors les bains sulfureux au traitement par le vin.

C'est le 41^e jour qu'on donna le bain sulfureux.

Le 46^e jour, à peine quelques mouvements irréguliers, l'enfant mangeait et buvait seule, se déshabillait et s'habillait seule ; l'intelligence était nette, la parole revenue, visage calme, sommeil paisible.

Bronchite et péricardite. Mais au milieu du traitement on vit survenir tout à coup un malaise général avec frissons, fièvre intense, chaleur à la peau ; difficulté et gêne de la respiration, toux fréquente et quin-

teuse : cependant la poitrine résonne comme d'habitude ; à l'auscultation on n'entend qu'un râle crépitant très fin qui indique une bronchite à la base des poumons ; les bruits du cœur semblaient plus obscurs, le claquement du 1^{er} temps est moins marqué et le pouls est légèrement inégal (120) ; tous ces symptômes sont si fugitifs qu'on hésite à y reconnaître une altération du péricarde ; cependant la bronchite seule ne rendait pas compte de l'intensité de la réaction ; les mouvements choréiques sont très intenses, 10 centigrammes d'émétique.

47^e jour. — L'émétique a produit des vomissements abondants ; l'état général est toujours le même ; cependant il y a moins de chaleur à la peau et la respiration est peu facile, les mouvements choréiques ont considérablement diminué (tilleul, diète).

48^e jour. — La chorée a complètement cessé ; le pouls est tombé ainsi que la dyspnée (30 respirations et 100 pulsations). La chaleur persiste cependant à la peau ; quelques râles sibilants se font encore entendre dans la poitrine ; les bruits du cœur sont devenus plus sourds.

56^e jour. — L'enfant sort sur sa demande, la chorée et la fièvre sont passés. Les battements sont encore exagérés.

64^e jour. — Elle rentre à l'hôpital avec une fièvre assez intense, respiration extrêmement gênée, quelques râles muqueux dans la poitrine, pouls petit, dépressible (140 gr.). Les battements du cœur sont accompagnés d'un frottement très léger, visage pâle, défait, prostration considérable. On craint une pneumonie (saignée d'une palette). Cet état alla empirant ; mais on ne fit que soupçonner la maladie du cœur, l'attention étant absorbée par le poumon.

73^e jour. — Mort. La chorée avait reparu avec la fièvre à sa rentrée à l'hôpital et ne disparut qu'à l'agonie.

AUTOPSIE. — Les méninges cérébrales sont légèrement injectées ; les *méninges spinales le sont au contraire fortement*. Je parle surtout de la séreuse ; la sérosité arachnoïdienne est très abondante dans le crâne et surtout dans les achis ; j'en ai recueilli à peu près 4 onces.

La moelle et le cerveau sont parfaitement sains. Le poumon parfaitement crépitant dans tous ses points. La plèvre contient une petite quantité de sérosité claire. La *cavité péricardique* contient à peu près une demi-cuillerée d'un *liquide trouble, lactescent*, et le péricarde est tapissé sur ses deux surfaces de *fausses membranes jaunâtres*, molles, épaisses de 1 à 2 lignes, aréolaires et imitant parfaitement l'aspect du bonnet des ruminants. Ces fausses membranes ne se détachent que

très difficilement dans quelques points de la séreuse, qui a partout sa coloration normale.

Cœur. — Les parois du ventricule gauche sont manifestement hypertrophiées ; elles mesurent 4 à 5 millimètres vers leur partie moyenne.

La cavité ventriculaire qui est vide ne présente point de dilatation ; les oreillettes et le ventricule droit sont dans l'état normal ; le tissu du cœur est d'un rouge assez foncé. L'ENDOCARDE EST D'UN ROUGE VIF.

Les autres organes et *particulièrement* la rate sont gorgés de sang.

Il faut noter dans cette observation la *bronchite* et la *péricardite* apparaissant dans le cours de la chorée, et le retour de la chorée avec la réapparition de la *fièvre*.

SÉRIE C.

Chorées que nous proposons d'appeler toxiques.

OBSERVATION I (personnelle, Hôpital St-Antoine, Lille).

J. Ernest... 10 ans 1/2, entré le 18 octobre 1892 à St-Antoine.

Il y a 5 semaines, après quelques douleurs vagues, l'enfant a commencé brusquement à avoir des mouvements incoordonnés des membres du côté droit, les mouvements ont été s'accroissant durant 1 semaine. Il accusait alors des douleurs au niveau de ses articulations.

17 octobre. — L'enfant est maigre, de taille élancée, il présente des mouvements choréiques désordonnés de tous les muscles du membre supérieur droit, même ceux de l'épaule. Le membre inférieur n'en présente que de très limités. Les muscles de la face sont absolument immobiles, la figure ne grimace pas, la parole est facile. Les membres gauches sont immobiles. 1 gr. 50 d'antipyrine.

1^{er} novembre. — Amélioration légère, on donne 2 grammes.

5. — A l'auscultation on perçoit un souffle intense à la pointe du cœur au 1^{er} temps. Les mouvements diminuent d'intensité. A partir de ce jour, amélioration progressive, puis guérison.

L'affection cardiaque reste stationnaire, mais l'enfant n'éprouve aucun trouble de ce fait.

Sort complètement guéri le 24 novembre.

OBSERVATION II (personnelle, Hôpital St-Antoine, Lille).

J. Charles, 10 ans, vient à la consultation externe le 2 novembre.

Au dire de la mère, il aurait depuis le matin des mouvements désordonnés des mains et des pieds, caractérisés aux mains par le passage de la pronation à la supination et vice versa : la main tourne et retourne, mais les doigts participent aussi à l'agitation. Il aurait eu dès la semaine dernière, des contractions brusques des muscles de la mâchoire qui gênerait la parole, et déjà il y a 3 ans il aurait présenté les mêmes symptômes.

La sœur aînée actuellement âgée de 17 ans a présenté des symptômes semblables à l'âge de 9 ans. La mère attribue les mouvements choréiques chez l'enfant à une émotion violente qu'il aurait éprouvée le 31 octobre. Il y a 2 jours, il a été poursuivi et menacé d'être battu.

Mais déjà la semaine dernière, l'enfant avait éprouvé un certain malaise : céphalées, coliques, et à l'école, le maître avait remarqué qu'il avait de la peine à parler.

En effet, on remarque qu'en outre des mouvements des mains et particulièrement du pouce gauche, l'enfant présente par moments des contractions du buccinateur gauche.

A l'auscultation, aucun bruit anormal.

Le caractère est resté bon, sous l'influence de la volonté, l'enfant conserve l'immobilité relative des mains.

5 novembre. — Les mouvements choréiques sont plus accentués, on lui fait prendre alors 1 gr. 50 d'antipyrine en 2 fois.

8. — Il est admis à l'hôpital où on continue la même médication.

15. — Encore les mêmes mouvements aussi accentués. La commissure gauche des lèvres est déviée à gauche et relève de sorte que la ligne de la bouche n'est plus parallèle à la ligne des yeux et la face est notablement asymétrique. Rien au cœur.

25. — 3 grammes d'antipyrine.

26. — 4 grammes.

27. — L'état général s'améliore. Les mouvements choréiques persistent, mais presque exclusivement limités au membre gauche et caractérisés par des mouvements de va et vient irrégulier des doigts. Il y a aussi par moments grimaces par contraction du buccinateur gauche.

Sommeil bon, parole facile, l'enfant compte vite et assez distinctement.

OBSERVATION III (personnelle).

C. Marguerite, 10 ans, entrée le 18 novembre 1892. Hôp. St-Antoine. Cette enfant est malade depuis 2 mois, elle n'a jamais été malade jusqu'à cette époque, ni rhumatisme, ni rougeole, ni scarlatine, ni typhoïde, ni influenza. Le père et la mère ne sont pas rhumatisants.

Le père est mort à l'âge de 40 ans d'une bronchite chronique tuberculeuse (hémoptysies), le père était déjà malade quand l'enfant est né, elle avait 14 mois quand il est mort.

La mère est très bien portante, elle a encore son père et sa mère âgés l'un de 82, l'autre de 80 ans. Elle a un autre enfant vivant, c'est un fils de 20 ans, mais elle a perdu 4 enfants, tous de méningite ? en 8 jours de maladie ?

L'un de 2 ans 1/2

L'autre 4 ans

» 22 mois

» 8 mois.

L'enfant a marché à 10 mois 1/2. La croissance aurait été plus rapide depuis qu'elle est malade. Huit jours après une frayeur qu'elle aurait eue (bataille dans la rue), la mère remarque que l'enfant ne peut rien tenir dans les mains, elle ne peut plus manier la vaisselle sans la briser, le tronc et les membres sont pris de mouvements désordonnés, choréïques. Le membre supérieur droit aurait été atteint en 1^{er} lieu, elle ne pouvait s'en servir pour manger, en même temps l'enfant faisait des grimaces et remuait le membre inférieur droit. Ce n'est que quelque temps après que les membres du côté opposé ont été atteints. La parole est un peu gênée.

L'enfant ne peut se tenir en place, elle remue continuellement, les mouvements sont aussi prononcés d'un côté que de l'autre, aux membres inférieurs comme aux membres supérieurs. Malgré ces mouvements, l'enfant écrit parfaitement son nom sans mettre d'intervalle entre les syllabes. Cependant la mère a remarqué que l'enfant écrivait moins bien.

Il n'y a pas de modification dans le caractère, les nuits sont bonnes, le facies est pâle.

L'auscultation ne décèle aucun bruit anormal au cœur.

TRAITEMENT. — 3 grammes d'antipyrine, repos au lit.

21 novembre. — On donne 4 grammes.

22. — L'enfant est prise de vomissements très fréquents. Indigestion hier à la suite de la visite des parents.

23. — Les vomissements continuent.

24. — On donne quelques gouttes d'élixir parégorique, les vomissements cessent. L'enfant est moins agitée.

25. — N'a plus vomi, s'alimente comme d'habitude, les mouvements sont presque nuls à certains moments, les mouvements sont complètement suspendus. A repris 1 gramme d'antipyrine.

2 décembre. — Les vomissements ont repris hier, ils ont été calmés par l'élixir parégorique. L'enfant avait pris 3 grammes d'antipyrine. Le réflexe pharyngé semble diminué.

24. — L'enfant vomit, mais est très gaie, les mouvements choréïques ont disparu.

OBSERVATION IV (personnelle).

B. Elisa... âgée de 11 ans 1/2, entrée le 12 octobre.

Venue à la consultation pour la 1^{re} fois le 19 septembre.

Cette enfant aurait eu vers le 1^{er} août une émotion violente, quelques jours après, on s'aperçut qu'elle avait du côté du bras des mouvements insolites, qu'elle était maladroite pour porter les objets, pour manger.

Dans la 2^e semaine de septembre; ces mouvements insolites existaient dans les jambes qui se dérobaient quelquefois. Comme antécédents personnels on trouve il y a 2 ans des douleurs rhumatoïdes assez nettes dans la jambe droite et le genou principalement. Elle est l'aînée de 3, un frère cadet de 6 ans 1/2 et une sœur de 2 ans. La mère a eu la fièvre typhoïde, le père est mort il y a 2 ans 1/2 d'une affection pulmonaire (une angine de poitrine d'après la mère). L'enfant a la taille de 1 m. 37.

La croissance n'a pas été rapide. Il n'y a pas de bruits cardiaques anormaux, pas de céphalée habituelle, mais l'impulsion cardiaque est forte et elle aurait eu des syncopes à plusieurs reprises en juin dernier.

Le sommeil est quelquefois agité.

Antipyrine 0, 50 par jour.

28 septembre. — L'enfant revient pendant trois jours, elle n'a présenté aucun mouvement, puis ils ont réapparu à la suite de fatigues.

Le 25, les mouvements étaient si étendus qu'elle devait se tenir aux meubles. Aujourd'hui ils sont ce qu'ils étaient il y a 8 jours. Les nuits sont calmes, l'enfant se plaint un peu des jambes.

30. — Les mouvements semblent devenir plus étendus, rien d'anormal au cœur.

Antipyrine 1 gramme par jour.

6 octobre. — Les mouvements sont beaucoup moins prononcés.

12. — L'enfant entre à l'hôpital.

Antipyrine 1 gr. 50 par jour en 2 fois.

20. — Pas de changement sensible, on continue le même traitement.

23. — On donne 2 grammes en 2 fois.

14 novembre. — L'enfant a conservé quelques mouvements, elle est maintenue au lit pour plusieurs jours.

1^{er} décembre. — Le séjour prolongé au lit a amené la guérison presque complète, à peine quelques mouvements très rares.

15. — Réflexe pharyngé peu intense.

OBSERVATION V (personnelle).

S... Georgette, 7 ans 1/2, entrée le 24 octobre 1892.

L'enfant vient à la consultation pour la première fois le 28 novembre 1890 pour une chorée bien déclarée, on lui donne de l'antipyrine, mais l'enfant ne revient plus à la consultation.

Le 23 octobre 1891. — Elle revient, c'est-à-dire après un an, elle présente encore quelques mouvements choréiques, particulièrement pour le membre supérieur droit. Puis on la perd de vue.

Le 21 octobre 1892. — L'enfant nous revient de nouveau, elle présenterait depuis 15 jours des mouvements choréiques généralisés mais peu intenses.

24. — L'enfant est admise. Elle présente des phénomènes choréiques, surtout à gauche pour le membre supérieur, le côté droit est presque indemne.

L'inverse a lieu pour le membre inférieur, le côté droit est plus atteint que le gauche.

A l'auscultation aucun *symptôme de lésion cardiaque*.

Traitement, antipyrine 1 gr. 50.

30. — Les mouvements diminuent beaucoup.

OBSERVATION VI (personnelle).

C. Gabrielle âgée de 12 ans, entrée le 21 novembre 1892.

L'enfant vient à la consultation le 10 novembre, elle tousse beaucoup depuis 3 jours et vomit après chaque accès de toux, anorexie. Langue saburrale.

On a remarqué chez elle des mouvements anormaux depuis 3 semaines, mais avant cette époque elle se plaignait déjà de céphalée presque continuelle, à l'auscultation quelques râles, submatité à gauche. L'enfant est sombre, hébété. Elle semble avoir de l'exophtalmie.

12 novembre. — L'incoordination des mouvements persiste, ils sont plus prononcés du côté des bras, particulièrement le bras droit. Facies un peu hébété. La parole est facile.

L'enfant s'est plaint il y a 4 à 5 jours d'une douleur localisée au pied gauche au niveau de l'articulation tibio-tarsienne avec gonflement et rougeur à la suite d'une fatigue. Les pieds sont plats ; le sommeil est agité et fréquemment interrompu.

L'enfant est de taille élancée. Elle aurait eu déjà il y a 2 ans 1/2 environ une atteinte de chorée qui aurait duré trois semaines. Les mouvements ont été très intenses à cette époque.

21. — L'enfant revient le 21. Son état n'est pas changé, toujours le même facies hébété. L'auscultation du cœur décèle un souffle systolique à la base très net. Elle parle très peu même avec ses voisines, on a de la peine à obtenir une réponse. L'enfant dit avoir eu l'an dernier l'influenza et un rhumatisme.

29. — L'enfant est plus gaie, les mouvements ne sont plus aussi prononcés, elle cause avec ses voisines.

1^{er} décembre. — L'enfant se tient immobile, elle tient les mains étendues sans qu'on s'aperçoive de mouvements choréiques.

Elle joue et rit avec ses voisines, on peut la considérer comme guérie.

OBSERVATION VII (personnelle).

D. Henri, 11 ans, entré le 23 novembre.

L'enfant était bien portant jusqu'à la semaine dernière. Il n'a jamais eu de rhumatisme, mais il a eu une bronchite il y a 4 ans et chaque hiver depuis ce temps il a une rechute. Il a été nourri au sein et cependant n'a marché qu'à l'âge de 2 ans en tenant les jambes écartées. On peut mettre tout cela sur le compte du rachitisme.

L'enfant n'a jamais eu d'escarlatine, mais aurait eu la rougeole à l'âge de 6 ans, d'après la mère. L'intellect est bien développé, il fait des progrès à l'école. Jamais de convulsions.

Depuis 8 jours environ, sans avoir eu d'émotion violente il est pris de mouvements brusques, jette sa plume, sa cuiller. Les mouvements sont continus, rapides, irréguliers. Ils affectent surtout les doigts. Il y

a prédominance à droite. Les membres inférieurs font peu de mouvements. La figure est quelque peu grimaçante. La parole est parfois un peu difficile. Le sommeil est agité. Le caractère est devenu difficile.

23 *novembre*. — L'enfant entre à l'hôpital.

TRAITEMENT. — Antipyrine 3 grammes.

27. — L'enfant a pris 4 grammes puis 5 aujourd'hui. Il vomit ce soir après l'administration du 4^e gramme.

28. — Il prend 4 grammes le lendemain, les mouvements sont encore très accentués.

4 *décembre*. — Amélioration sensible.

10. — L'amélioration continue, l'enfant ne présente plus que quelques mouvements peu étendus et peu fréquents.

15. — L'enfant sort sans être complètement guéri. Rien au cœur.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Par le Président de la thèse,
M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

Imp. Vve Lourdor, 33, rue des Batignolles, 33, Paris.
